Nr. 18. 29. kwietnia 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Jerzy GOLONKA, Asyst. Zakładu. Kraków.

Pierwotny rak cewki moczowej męskiej.

Z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Rak wychodzący z nabłonka cewki moczowej męskiej należy do bardzo rzadkich nowotworów. W literaturze jest dotychczas opisanych około 80 jego przypadków. W Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. w Krakowie sekcjonowano dotychczas w ciągu 40 lat tylko dwa przypadki pierwotnego raka cewki moczowej męskiej. Preparaty makroskopowe z tych sekcyj są zachowane w zbiorach Zakładu.

Jeden przypadek pochodzi z roku 1896. U 58-letniego wyrobnika rozpoznawano klinicznie zwężenie cewki moczowej z ropieniem tkanki okołocewkowej i worka mosznowego z następowem ogólnem zakażeniem. Na sekcji, wykonanej w naszym zakładzie dnia 7 stycznia 1896 (L. prot. 12) przez Dr. Juljana Nowaka, jako bezpośrednią przyczynę śmierci stwierdzono włóknikowe zapalenie płuc, prócz tego z ważniejszych zmian zwyrodnienie skrobiowate nerek i śledziony, a więc zmiany świadczące, że ropienie musiało trwać już czas dłuższy. Narząd płciowy, zachowany w formalinie, przedstawia się następująco: Worek mosznowy powiększony, zwłaszcza po stronie prawej, o ścianach silnie zgrubiałych. Na przedniej i tylnej powierzchni prawej połowy worka mosznowego znajdują się otwory podłużne, średnicy 2,5×0,5 cm, o brzegach nierównych, poszarpanych. W dnie ich widać powierzchnię jądra. Torebka jądra zabarwiona była, jak to zapisano w protokole sekcji, brudno-szaro-zielonawo. Prącie prawidłowej wielkości. W cewce moczowej, 1,5 cm poniżej wzgórka nasiennego, znajduje się na tylnej ścianie owrzodzenie głębokie, okrągłe, średnicy 5 cm, o brzegach nierównych i zgrubiałych, o dnie pokrytem brodawkowatemi wyniosłościami. Na przekrojach tego owrzodzenia widać tkankę nowotworową, barwy szaro-białawej, sięgającą około 3/4 cm w głąb. Z dna tego owrzodzenia drąży przetoka do prawej połowy worka mosznowego. W pęcherzu znaleziono przy sekcji brudno-szaro-sino-czerwone zabarwienie błony śluzowej. Gruczoł krokowy, pęcherzyki i przewody nasienne nie są zmienione. Badając drobnowidowo wycinki z dna owrzodzenia w cewce znalazłem typowy obraz raka płaskokomórkowego, rogowaciejącego, z licznemi perłami nabłonkowemi. W wycinkach ze ściany worka mosznowego i przetoki znajdują się liczne nacieki, złożone z leukocytów wielojądrzastych, limfocytów i komórek plazmatycznych.

Drugi nasz przypadek dotyczy 68-letniego kupca, którego sekcję wykonał Dr. Pragłowski dnia 30. III. 1933 (L. prot. 245). Chory ten zgłosił się w styczniu 1932 na Oddział Urologiczny P. Szpitala św. Łazarza Doc. Pisarskiego z objawami ostrego ropnia w okolicy krocza. W wywiadach podał, że od 3 lat miewa już parcia na mocz i trudności w oddawaniu moczu (wskazujące na zwężenie cewki). Nigdy pozatem nie chorował, a w szczególności chorób wenerycznych nie przechodził. Od 10 dni wystąpiła silna bolesność i obrzęk krocza, oraz gorączka. Ropień na kroczu przecięto i wypuszczono około 200 cm³ ropy. Podczas zabiegu operacyjnego znaleziono zgrubiałą i nacieklą miejscowo cewkę moczową. Cewkę nacięto w miejscu zgrubienia i wprowadzono na stałe do pęcherza przez otwór operacyjny cewnik, wyprowadzając drugi jego koniec przez ujście zewnętrzne cewki. Po kilku tygodniach usunięto cewnik z cewki. Na kroczu pozostała jednak niechcąca się zagoić przetoka, przez którą odpływała mniejwięcej połowa moczu. We wrześniu 1932 zrobiono wycinek z brzegów przetoki. Badanie drobnowidowe w naszym Zakładzie stwierdziło w tym wycinku raka płaskokomórkowego. Chorego spowodu zbyt daleko posuniętej sprawy nowotworowej i wyniszczenia nie operowano. W marcu 1933 wśród objawów ropnego nacieku miejscowego i zakażenia ogólnego chory zmarł. Przy sekcji uderzało bardzo silne wychudzenie. W narządach wewnętrznych i płciowych zewnętrznych, prócz przetoki na kroczu zmian nie znaleziono. Na kroczu w linji środkowej 2 cm poniżej nasady prącia znajdował się otwór wielkości 5-groszówki o brzegach nierównych, częściowo zgrubiałych. Przez otwór ten można było wprowadzić zgłębnik do opisanej poniżej jamy w cewce moczowej. Cewka moczowa prawidłowej długości, 3,5 cm poniżej wzgórka nasiennego rozszerza się, przechodząc w jamę wielkości orzecha włoskiego. Ściany tej jamy są nierówne, poszarpane, pokryte strzępami obumarłej tkanki. Na przekrojach widać, że ściany te są złożone z tkanki dość zbitej, barwy biało-szarawej. Grubość tego nacieku dochodzi tu miejscami do 1 cm. Ten naciek przechodzi powyżej i poniżej jamy w cewce na ściany cewki, obejmując ją okrężnie, ku dołowi sięgając 2 cm poniżej brzegu jamy, ku górze około 1,5 cm powyżej górnego brzegu jamy. Ku górze od tego nacieku widać na przekrojach cewki w jej ścianie, pod nieuszkodzoną błoną śluzową, kilka pojedyńczych ognisk nowotworowych, niestojących ze sobą w bezpośredniej łączności. Największe z tych ognisk o wymiarach 2×1 cm znajduje się już częściowo w ścianie pęcherza moczowego, obejmując okrężnie ujście cewki i niszcząc zupełnie zwieracz pęcherza. Nieco wyżej, już w samej ścianie pęcherza moczowego, znajduje się jeszcze jedno ognisko tkanki nowotworowej, wielkości małej fasoli. Z tej jamy w cewce wychodzi przetoka, zaczynająca się w dnie jamy szczelinowatym otworem. Przetoka ta otwiera się na kroczu, a od niej biegnie ku tyłowi i ku górze odgałęzienie do drugiej jamy znajdującej się wśród tkanki okołocewkowej od tyłu, nieco poniżej gruczołu krokowego. Jama ta, również wielkości orzecha włoskiego, o ścianach nierównych i poszarpanych, była wypełniona treścią ropną, posokowatą, brudno-szarozielonawą. W ścianach tej jamy na przekrojach nie widać gołem okiem ognisk nowotworowych. Gruczoł krokowy, pęcherzyki i przewody nasienne niezmienione. W wycinkach drobnowidowych ze ściany jamy w cewce moczowej oraz z ognisk w ścianie pęcherza moczowego znalazłem podobnie jak w przypadku pierwszym utkanie raka płaskokomórkowego, rogowaciejącego.

Na podstawie dotychczas opisanych przypadków raka cewki moczowej męskiej można sobie wyrobić wcale dobry obraz tego schorzenia. Rak cewki moczowej występuje przedewszystkiem w wieku starszym, najczęściej miedzy 50 a 60 rokiem życia. Jedynym wyjątkiem jest przypadek, opisany przez Fukai'a u 18-letniego chłopca. Drugi skolei najmłodszy chory miał już 48 lat. Co się tyczy powstawania tego raka, to podobnie, jak wogóle w nowotworach, można tylko podać pewne czynniki, które może mogą odgrywać rolę przyczynową, ale też może są tylko zbiegiem okoliczności. Większość autorów zwraca uwagę na częstość przebytego wiewióra. Według obliczeń Fukai'a około 60% tych chorych przechodziło tę sprawę. Inni autorowie stwierdzali w wywiadach urazy, lub długotrwałe zapalenia cewki nieokreślonej (może też wiewiórowej) przyrody; zwłaszcza miałyby tu wchodzić w rachubę blizny i zwężenia cewki po przebytych sprawach zapalnych (Imbert, Culver-Forster, Legueu). Bardzo ciekawe są dwa przypadki Edelmanna, o których wspomina Legueu, nie podając zresztą bliższych danych, raka cewki u dwu mężczyzn, których żony miały także raka narządów płciowych. Wprawdzie trudno przypuszczać tu przeszczepienie się, niemniej osobliwy jest ten zbieg okoliczności.

Wedle siedziby raków cewki autorowie różnie je sobie dzielą zależnie od swego stanowiska, więcej klinicznego, czy więcej anatomo-patologicznego. Przedstawicielami pierwszego podziału są głównie Francuzi, np. Imbert, który rozróżnia raki przedniej części cewki *(urètre balanique)* i częstsze od nich raki części tylnej *(à siège profonde)*. Podział anat.-patolog. znajduje się głównie w pracach Niemców. I tak Diehl w swojej statystyce, zebranej z literatury, a obejmującej 61 przypadków, dzieli te raki na raki części błoniastej (33 przyp.), części jamistej (26 przyp.) i dołu łódkowatego cewki (2 przyp.). Nasze oba przypadki, jak to widać z opisu, dotyczyły błoniastej części cewki.

Co do makroskopowego obrazu raka cewki, to w początkowych okresach można wyróżnić dwie jego postacie, a to 1) guzowatą, 2) naciekową. W postaci guzowatej powstają guzy, bądźto brodawkowate, czy kalafjorowate, bądźto zupełnie gładkie, wyniosłe ponad powierzchnię błony śluzowej. Guzy te mogą nieraz okrężnie cewkę obejmować, a przy swym wzroście mogą

sprawiać zwężenie jej światła i wszystkie z tem związane objawy kliniczne. Postać druga występuje jako naciek nowotworowy ścian cewki, więcej ograniczony, lub rozlany, przyczem objawy zwężenia cewki niezawsze się pojawiają. Przy rozroście raka naciek nowotworowy może szerzyć się powierzchownie pod błoną śluzową, i to tak ku górze, to jest ku pęcherzowi, jak i w drugim kierunku, ku żołędzi, bądź też może wrastać w głąb. W jakie tkanki będzie wrastać w głąb, zależy, ma się rozumieć, od jego siedziby. Jeżeli ognisko pierwotne znajduje się w części błoniastej cewki, to nowotwór może wrastać w tkanki krocza, worka mosznowego, wstępujące gałęzie kości łonowej, w spojenie łonowe, w gruczoł krokowy, a następnie może przerastać na tkanki miednicy i spowodować silne obmurowanie gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych. Przy usadowieniu ogniska pierwotnego w części jamistej cewki zostają najpierw zajęte ciała jamiste, przez co następuje powiększenie i stwardnienie prącia, przyczem klinicznie często występuje długotrwała ciągotka *(priapismus)*. Napletek przy nacieku ciał jamistych jest często obrzękły, czasem także nowotworowo naciekły, stwardniały, nieprzesuwalny i zależnie od jego położenia powstaje stulejka, lub zadzierzgnięcie. Dwa opisane przypadki raka w dole łódkowatym (o których wspomina w swej statystyce Diehl) różniły się swym obrazem. W jednym przypadku prącie było kolosalnie powiększone z ropniami i przetokami w okolicy żołędzi, w przypadku drugim był guz okrężny, zwężający wejście do cewki, nieowrzodziały.

Obie na początku opisane postacie raka cewki, to jest guzowata i naciekowa, dadzą się wyróżnić tylko w początkowych okresach schorzenia. Później bowiem obraz zaciera się wskutek zmian wtórnych i często nie można powiedzieć, jaka była początkowa postać raka. Następuje bowiem obumieranie i rozpad mas nowotworowych, wskutek czego powstają jamy w tkance nowotworowej, do których dostaje się mocz, najczęściej zakażony; następstwem tego są zacieki moczowe, ropnie i ropowice. Siedziba tych zmian wtórnych zależy naturalnie od siedziby pierwotnego ogniska. Przy usadowieniu w części błoniastej cewki zostaje zajęta najbliższa okolica, z ropni tych wychodzące przetoki przebijają najczęściej przez skórę krocza, czy worka mosznowego. Przy ognisku pierwotnem w części jamistej cewki zmiany wtórne powstają zwykle w obrębie prącia; przetoki z tych ropni otwierają się głównie u nasady prącia, lub też, drążąc wzdłuż ciał jamistych, głównie ciała jamistego cewki, przebijają skórę w okolicy żołędzi, rowka zażołędnego, często koło wędzidełka. W postaci naciekowej, gdy zacznie się rozpad nowotworu i dołączą się wtórne zakażenia, może dojść do ropienia wzdłuż cewki i do powstania jamy, wypełnionej ropą, otaczającej wzdłuż nowotworowo naciekłą, sztywną cewkę. Diehl nazywa ten rodzaj zmian *„carcinoma dissecans"*. Te rozległe zmiany ropne w dalej posuniętych okresach mogą wywołać zakrzepy żył miednicy, a w następstwie mogą doprowadzić do ropni w miednicy małej i do zapalenia otrzewnej. Wskutek zmian rozpadowych w cewce i często wskutek zastoju moczu może dojść z biegiem czasu do zapalenia pęcherza moczowego i następnie drogą wstępującą do zajęcia miedniczek nerkowych i nerek.

Przerzuty daje rak cewki najpierw w najbliższych gruczołach chłonnych, a więc pachwinowych, biodrowych, podbrzusznych i lędźwiowych, stąd mogą dostać się cząstki nowotworu do gruczołów krezkowych, a stąd może dojść do rozsiania się nowotworu po otrzewnej. Przerzuty w gruczołach mogą być bardzo duże i mogą przez ucisk na naczynia wywoływać bardzo znaczny obrzęk prącia i worka mosznowego, a w dalej posuniętych okresach także obrzęki kończyn dolnych, jednej, lub obu. Przy rakach, usadowionych w części błoniastej cewki, zdarzają się przerzuty na żołędzi; prawdopodobnie powstają one drogą wsteczną, przez naczynia ciał jamistych. Prócz tego podają autorowie (Binaud, Chavannaz, Diehl), że znajdowali guzki rakowe niezależnie od ogniska pierwotnego w skórze krocza, worka mosznowego, w jądrach i w ścianie pęcherza moczowego, nie wyjaśniając jednak, w jaki sposób powstają te zmiany. Drogą krwi powstające przerzuty znajdowano głównie w płucach i w wątrobie, i to niekiedy w dłuższy czas po napozór pomyślnym zabiegu operacyjnym. Tak np. Oberländer znalazł przerzuty w płucach w $4^1/_2$ roku po usunięciu nowotworu.

Drobnowidowo w większości przypadków spotyka się raka płaskokomórkowego, często z rogowaceniem. Ten rodzaj raka może się rozwinąć z licznych wysepek nabłonka wielowarstwowego płaskiego, które spotykamy w prawidłowej błonie śluzowej cewki, w największej ilości w pobliżu wzgórka nasiennego. Tak samo i zagłębienia Morgagniego są wyścielone nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, a więc także mogą być punktem wyjścia tego raka. Mógłby on też powstać drogą metaplazji z prawidłowego nabłonka. Bardzo rzadko natomiast spotyka się inne rodzaje raków. Opisano dwa przypadki raka, złożonego z komórek wałeczkowatych (Cabot), a Kaufmann wspomina o dwu przypadkach raka gruczolakowatego, uważając za punkt wyjścia tego raka twory gruczołowe cewki moczowej, a więc gruczoły Littrégo, czy Cowpera.

Przebieg kliniczny raka cewki w początkowych okresach jest mało charakterystyczny i bardzo często nie rozpoznaje się go wtedy. Można przebieg kliniczny podzielić na trzy okresy: 1) początkowy, bardzo trudny do rozpoznania, 2) z rozwiniętemi charakterystycznemi objawami, 3) okres końcowy z obrazem zatartym przez sprawy ropne wtórne, a więc znowu mało charakterystyczny. W okresie pierwszym mogą się pojawiać objawy zwężenia cewki, samoistne krwawienia z cewki, często przy końcu oddawania moczu, nieznaczne pobolewania w cewce, a czasami mały wyciek ropny. W okresie drugim stają się wyraźniejsze wszystkie objawy, a więc pojawiają się większe trudności w oddawaniu moczu, oddawanie moczu staje się bardzo bolesne, również i wytrysk nasienia jest zwykle bardzo bolesny. Występują samoistne bóle cewki i okolicy pęcherza, nieraz bardzo silne, rozpromieniające się ku lędźwiom. Krwawienia z cewki stają się częstsze i obfitsze, czasami pojawiają się wprost krwotoki z cewki. Zazwyczaj jest też wyciek surowiczo-ropny, który badany drobnowidowo pozwala czasami wykryć grudki komórek rakowych, lub cząstki utkania rakowego, oderwane podczas oddawania moczu. Czasami daje się wyczuć guz w okolicy krocza, w postaci wałeczkowatego zgrubienia, zwłaszcza jeżeli nowotwór usadowił się na poziomie opuszki cewki moczowej. Przy raku, usadowionym w części błoniastej cewki, można czasami, badając przez odbytnicę, wyczuć stwardnienie i obrzmienie na odpowiedniej wysokości. Przy rakach w części jamistej cewki są widoczne zmiany na prąciu. W okresie trzecim, końcowym, występują zmiany wtórne, ropnie, ropowice, zacieki moczowe, przetoki moczowe, czy ropne. Te zmiany wtórne mogą w bardzo znacznym stopniu zacierać właściwy obraz i utrudniać rozpoznanie.

Przy rozpoznawaniu bolesność i krwawienia przy oddawaniu moczu, zwłaszcza u ludzi starszych są zawsze podejrzane. Najlepszym środkiem rozpoznania tego nowotworu jest uretroskopja i wycięcie podejrzanego kawałeczka tkanki do badania drobnowidowego. Jednakowoż uretroskopja jest możliwa tylko w początkowych okresach, kiedy niema jeszcze zbyt wielkich krwawień i zbyt dużych zmian wtórnych.

Wszystkie opisane trudności są powodem, że często nie rozpoznaje się raka cewki moczowej męskiej za życia, albo rozpoznaje się go za późno. Toteż to, jak również i trudności operacyjne są powodem, że śmiertelność przy tym nowotworze wynosi aż 80%. Przyczyną śmierci rzadko jest wyniszczenie nowotworowe, prawie zawsze bowiem chorzy umierają spowodu zmian wtórnych.

Streszczenie.

1. Rak cewki moczowej męskiej jest nowotworem bardzo rzadkim. Dotychczas opisano około 80 przypadków.
2. Rak cewki występuje najczęściej między 50 a 60 rokiem życia.
3. W większości przypadków usadawia się w tylnej części cewki.
4. Występować może w dwojakiej postaci, guzowatej, lub naciekowej; histologicznie bywa najczęściej rakiem płaskokomórkowym.
5. Wskutek rozpadu nowotworu powstają łatwo zmiany wtórne ropne, wiodące do rozległych nieraz ropni, ropowic i przetok.
6. Przerzuty powstają najpierw w sąsiednich gruczołach chłonnych, w późniejszych okresach drogą krwi mogą powstać w narządach odległych, głównie płucach i wątrobie.
7. Bardzo trudne jest rozpoznanie i leczenie, dlatego też śmiertelność jest duża, bo wynosi około 80%.

Piśmiennictwo:

1) Aschoff: Virchows Arch. 138. — 2) Cederkreutz: Arch. f. Dermat. 79. 1906. — 3) Christen: J. d'Urol. 1925. Ref. Zbl. Hautkrkh. 18. 1926. — 4) Diehl: Virchows Arch. 256. 1925. — 5) Ducuing: Précis de Cancerologie. 1932. — 6) Fukai: Ikonogr. dermat. Kioto 1927. Ref. Zbl. Hautkrkh. 26. 1928. — 7) Fukai i Yoshida: Acta dermat. Kioto 1927. Ref. Zbl. Hautkrkh. 24. 1927. — 8) Henke-Lubarsch: Handbuch der speciellen pathologischen Anatomie und Histologie. T. VI. 3. 1931. — 9) Joly: P. Roy. Soc. Med. 18. Nr. 6. 1924. Ref. Zbl. Hautkrkh. 17. 1927 — 10) Legueu: Cancer de l'urètre. — 11) Paton: Med. Gaz. 59. 1924. Ref. Zbl. Hautkrkh. 16. 1925. —

12) Trzebicki: Wien. Med. Wschr. 1884. — 13) Uchida: Jap. J. of Dermat. 24. 1924. Ref. Zbl. Hautkrkh. 16. 1925. — 14) Geisler: Virchows Archiv. 281. 1931. — 15) König: Monatschr. f. Urol. 6. — 16) Soubeyran: Gaz. des hôp. 1903. Nr. 120. — 17) Preiswerk: Zts. f. Urol. 1. 1907. — 18) Wurmser: J. d'Urol. 24. 1927.

PRACE ORYGINALNE.

Władysław ELMER. Lwów.

Działanie dwujodotyrozyny i jodu nieorganicznego (KJ) w hipertyreozie doświadczalnej, wywołanej hormonem tyreotropowym.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. M. Franke.

Jak wiadomo, jod nieorganiczny (KJ), odpowiednio dawkowany, wywiera w wielu przypadkach korzystny wpływ na przebieg kliniczny hipertyreozy oraz na jej histologiczny obraz tarczycy. Prace Abelina i jego współpracowników (1), jakoteż prace innych autorów (2), zdają się wskazywać na to, że podobnie dobre a nawet korzystniejsze działanie wywiera dwujodotyrozyna na hipertyreozę. Aby uzasadnić ów korzystny wpływ dwujodotyrozyny, Abelin stworzył hipotezę, że dwujodotyrozyna jest antyhormonem tyroksyny. Według niego, w ustroju prawidłowym utrzymuje się równowaga pomiędzy obu temi hormonami, w hipertyreozie zaś jest ona zaburzona, mianowicie przesunięta w kierunku tyroksyny. Wedle Abelina, korzystne działanie dwujodotyrozyny w hipertyreozie ma polegać na tem, że podana w nadmiarze odtruwa ona większe ilości tyroksyny. Do przyjęcia hipotezy o dwoistości hormonalnej tarczycy skłoniły Abelina prace Kendall'a (3), który wykazał obecność dwóch grup organicznych połączeń jodu w tarczycy, mianowicie jednej w kwasie nierozpuszczalnej, zawierającej tyroksynę, i drugiej w kwasach rozpuszczalnej, z której później Harrington i Randall (4) oraz Foster (5) wyosobnili dwujodotyrozynę. Abelin, oparłszy się na fakcie, że dwujodotyrozyna nie jest produktem sztucznym, wytworzonym podczas wyosabniania go z tarczycy, ale naturalnym jej składnikiem, otrzymanym drogą zadziałania zaczynów proteolitycznych (Foster, Harrington i Randall), sądzi, że dwujodotyrozyna musi tedy posiadać jakieś znaczenie fizjologiczne. Stwierdzenie jednak obecności dwujodotyrozyny, jako produktu niesztucznego tarczycy, nie mogło oczywiście przesądzić sprawy, czy jest ona istotnie odrębnym drugim hormonem tarczycy, czy też może tylko organicznem ciałem jodowem, z którego wytwarza się tyroksyna. Temu drugiemu przypuszczeniu przeciwstawia się Abelin, utrzymując, że ciało poprzedzające tyroksynę powinno być nieczynne w myśl zasady profermentów, gdy tymczasem dwujodotyrozyna wywierać ma odrębne i cowięcej, przeciwne tyroksynie swoiste działanie. Dla wykazania tego odrębnego działania przeprowadził Abelin szereg doświadczeń. Mianowicie karmił on zwierzęta wyciągami tarczycy i stwierdził, że wybitny wzrost przemiany spoczynkowej, jakoteż zmniejszenie się glikogenu w wątrobie, daje się zahamować częściowo lub zupełnie przez równoczesne zastosowanie dwujodotyrozyny. Jako dalszy a bardzo ważny dowód antagonistycznego działania dwujodotyrozyny wysuwa Abelin jej wpływ na obraz histologiczny nadczynnej tarczycy. Wiadomo z prac Uhlenhutha i Schwarzbacha (6), Loeba i jego współpracowników (7), Arona (8) i innych późniejszych autorów (9), że hormon tyreotropowy przedniego płatu przysadki mózgowej pobudza tarczycę do nadczynności. Po wstrzykiwaniu hormonu tyreotropowego przez pewien okres czasu występuje u świnek morskich obraz podobny do hipertyreozy ludzkiej. Tarczyca się powiększa, ulega przekrwieniu, występuje typowy obraz histologiczny nadczynnej tarczycy, przemiana spoczynkowa się wzmaga (Siebert i Smith (10), jod we krwi a zwłaszcza frakcja organiczna narasta, podczas gdy w samej tarczycy opada (Closs, Loeb i E. Mc Kay (11). Towarzyszy temu obraz kliniczny: przyśpieszenie akcji serca (Mc Cordock i Hagemann (12), wytrzeszcz gałek ocznych (Loeb i Friedmann (13) utrata wagi ciała, i t. p. Z objawów powyższych najwcześniej i najstalej zaznacza się zmiana histologiczna w tarczycy, charakteryzująca się narastaniem nabłonka pęcherzyków, znikaniem koloidu i wielopostaciowością pęcherzyków.

Otóż Abelin (14) wykazał, że jeżeli równocześnie stosować u świnek morskich hormon tyreotropowy dootrzewnowo i dwujodotyrozynę (50—100 mg *per os* dziennie), to działanie pobudzające hormonu tyreotropowego jest znacznie słabsze a niekiedy wogóle zahamowane. Doświadczenia powyższe niewątpliwie przemawiają za tem, że dwujodotyrozyna wywiera hamujące działanie względem nadczynnej tarczycy. Zachodzi jednak zasadnicze pytanie, do czego należy odnieść owe działanie dwujodotyrozyny, czy do niej w całości jako do ciała o swoistej budowie drobinowej, czy też tylko do jodu w niej zawartego, który, uwalniając się w ustroju, wywiera swe znane działanie. Wszak wiadomo, że jod nieorganiczny, podobnie jak dwujodotyrozyna, obniża przemianę spoczynkową w chorobie Basedowa jak i w hipertyreozie doświadczalnej. Jeżeli chodzi o zachowanie się glikogenu w wątrobie, to może ono mniej nadaje się dla wykazania różnic w działaniu dwujodotyrozyny i jodu nieorganicznego, albowiem zachowanie się glikogenu w wątrobie nie jest zjawiskiem tak stałem, jak przebieg przemiany spoczynkowej. Z jednej bowiem strony nie zawsze znika glikogen z wątroby po zastosowaniu wyciągów tarczycy, z drugiej zaś strony, jak to wykazują badania Zwehla (15), zapas glikogenu w wątrobie po zastosowaniu dwujodotyrozyny może nawet maleć. Tak więc pozostaje do rozstrzygnięcia tylko trzeci typ doświadczeń Abelina, a mianowicie wpływ dwujodotyrozyny względem działania hormonu tyreotropowego na obraz histologiczny tarczycy. Te doświadczenia mogłyby być podstawą hipotezy o dwoistości hormonalnej tarczycy, jeżeliby autor ten wykazał, że ów hamujący wpływ jest cechą swoistą tylko dwujodotyrozyny a nie jodu nieorganicznego.

Równoległych bowiem badań z jodem nieorganicznym Abelin nie przeprowadził. Powołuje się tylko on na doświadczenia Gray'a i Loeb'a (16) oraz Silberberga (17), że jodek potasu działa lekko pobudzająco na tarczycę świnek morskich, zaś — jak to stwierdził Abelin — dwujodotyrozyna tego działania nie wykazuje. Doświadczeń Abelina z dwujodotyrozyną nie należałoby może zestawiać z doświadczeniami Gray'a i Loeb'a oraz Silberberga, ponieważ nie wiemy, czy były one przeprowadzone w jednakowych warunkach. Wszak wiadomo z doświadczeń Rabinowicza (18), że odgrywa tutaj wielką rolę dawkowanie jodu i czas jego stosowania oraz stan odżywienia świnek. W miarę zwiększania dawkowania od 0,01—0,1 g KJ zmienia się obraz histologiczny tarczycy, przyczem dawki niższe od 0,01 nie wywierają wogóle wpływu. Na jod stosowany w okresie niedożywienia zwierząt tarczyca bardzo mało oddziaływuje. Przez przedłużanie zaś podawania jodu tarczyca przestaje reagować.

Daleko ważniejszem będzie wykazanie, jak się zachowuje tarczyca świnek morskich nastrzykiwanych hormonem tyreotropowym przy równoczesnem stosowaniu jodku potasu w dawce odpowiadającej zawartości jodu w dwujodotyrozynie.

W tym celu przeprowadziliśmy badania na 36 świnkach morskich obojga płci, wagi od 160 do 250 g. Badania przeprowadziliśmy w 4 serjach, przyczem w ostatnich 2 serjach trzymano oddzielnie świnki morskie męskie i żeńskie celem uniknięcia wzmagającego wpływu spółkowania na czynność tarczycy. W pierwszych dwu serjach stosowano hormon tyreotropowy uzyskany sposobem Schöller'a[1]), w następnych zaś hormon tyreotropowy, który sami sporządzaliśmy ze suszonego proszku przedniego płatu przysadki mózgowej wedle sposobu Loeba[1]).

Ogólnie u 15 świnek morskich stosowano równocześnie hormon tyreotropowy i jod nieorganiczny, u drugich 15 świnek morskich hormon tyreotropowy i dwujodotyrozynę, zaś u 6 świnek morskich stosowano kontrolnie wyłącznie hormon tyreotropowy. Hormon wstrzykiwaliśmy jałowo dootrzewnowo w ilości 10 jednostek *pro dosi* i *pro die* (hormon Schöller'a), hormon zaś Loeb'a w ilości 1 cm³ płynu. Dwujodotyrozynę (Hoffman-La Roche)[2]) podawaliśmy doustnie w ilości 50 mg dziennie, drugiej zaś grupie świnek podawaliśmy również doustnie jodek potasu, w równoważnej pod względem zawartości jodu ilości ca 0.04 g (dokładniej 0,0374 g) dziennie.

Przestrzegaliśmy, aby stosunek dawek jodu do hormonu pozostawał u wszystkich zwierząt niezmienny, albowiem z doświadczeń Silberberga wiadomo, że zależnie od wzajemnego ich dawkowania obraz histologiczny tarczycy może się zmieniać. I tak np. nadczynność tarczycy jest tem wybitniejsza im dawka hormonu jest większa a dawka KJ mniejsza i odwrotnie przez zastosowanie większych dawek KJ a mniejszych dawek hormonu

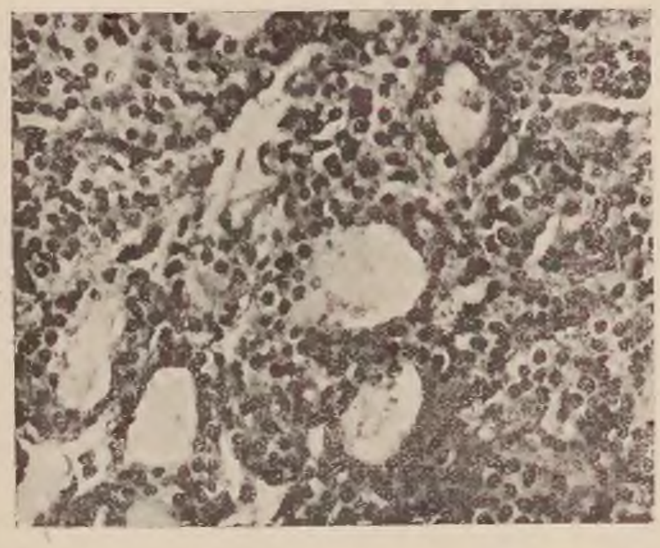
[1]) Poczuwamy się do miłego obowiązku wyrazić głębokie podziękowanie Profesorom L. Loeb'owi z St. Louis, U. S. A., za bezpłatne przysłanie nam 25 g substancji suchej przedniego płatu przysadki mózgowej, jak i Schöllerowi z Berlina za dostarczenie nam tyreotropiny.

[2]) Dziękujemy uprzejmie firmie Hoffman-La Roche za bezpłatne dostarczenie nam dostatecznej ilości próbek dwujodotyrozyny.

może przyjść do osłabienia lub zahamowania nadczynności tarczycy. Po upływie 6 dni, w których codziennie postępowano w powyższy sposób, zabijano świnki chloroformem, poczem bezpośrednio wyjmowano tarczyce do histologicznego badania. Badania histologiczne zostały wykonane w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. K. (Dyr. Prof. Dr. W. Nowicki) przez p. Adjunkt Dr. Helenę Schusterównę, za co w tem miejscu pozwalamy sobie Jej najserdeczniej podziękować.

Wyniki doświadczeń przedstawiają się następująco:

a) Przeciętny obraz histologiczny tarczycy 6 świnek morskich nastrzykiwanych wyłącznie hormonem tyreotropowym (p. ryc. Nr. 1.) [3]).



Ryc. 1. Mikrofotografja tarczycy świnki morskiej, której wstrzykiwano wyłącznie hormon tyreotropowy po 10 jednostek przez 6 dni. Obraz nadczynnej tarczycy: budowa zatarta, brak koloidu, pęcherzyki tylko gdzieniegdzie utrzymane, bujanie i wielopostaciowość komórek. Powiększenie: Zeiss apochrom 4 mm, kompens. okul. IV.

Naczynia krwionośne wybitnie rozszerzone, bardzo silnie przekrwione, miejscami o nieco obrzękłym śródbłonku naczyniowym. Pęcherzyki są nieregularnie ukształtowane, rozmaitej wielkości. Światło większości pęcherzyków jest bardzo małe, niektórych zaś rozszerzone, naogół nie zawiera treści, to jest koloidu, lub wykazuje rozpływający się koloid, który często przedstawia się pod postacią wąskiego rąbka. W większości koloid barwi się gorzej eozyną. Nabłonki wyścielające pęcherzyki są wysokie, kubiczne, niektóre wałeczkowe. Wykazują one wielkie, ciemnobarwiące się, hiperchromatyczne, nieco nieregularne jądra. Pierwoszcze komórki wykazuje drobną wodniczkowatość. Widoczne są częstsze figury podziału jąder (mitoz). W świetle niektórych pęcherzyków widać złuszczone nabłonki.

Ogólnie tedy daje się tutaj stwierdzić bardzo wybitny obraz nadczynności tarczycy, jaki się stwierdza w hipertyreozie ludzkiej.

b) Przeciętny obraz histologiczny tarczycy u 15 świnek morskich, nastrzykiwanych hormonem tyreotropowym przy równoczesnem stosowaniu dwujodotyrozyny (p. ryc. 2).

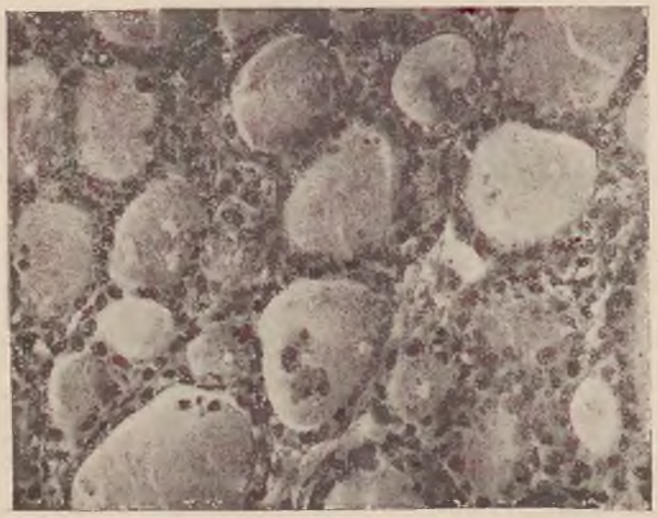
Naczynia krwionośne przekrwione, pęcherzyki naogół średniej wielkości, niektóre wielkie. Światło pęcherzyków naogół dobrze utrzymane, bez większych różnic poszczególnych pęcherzyków. Koloid wypełnia prawie wszystkie pęcherzyki, barwi się jednolicie eozyną, tylko w niektórych pęcherzykach stwierdza się nieznaczne rozcieńczenie koloidu, względnie częściowy jego brak. Nabłonki są przeważnie kubiczne, w większych pęcherzykach płaskie, w niektórych zaś mniejszych są gdzieniegdzie wałeczkowe. W komórkach wałeczkowych jądra są nieco wieksze, a pierwoszcze wykazuje miejscami delikatną wodniczkowatość. Jądra komórek są przeważnie prawidłowe pod względem wielkości i zabarwienia. Tu i ówdzie stwierdza się w świetle pęcherzyków złuszczone nabłonki.

Powyższy obraz histologiczny wskazuje na jedynie zaznaczoną nadczynność tarczycy.

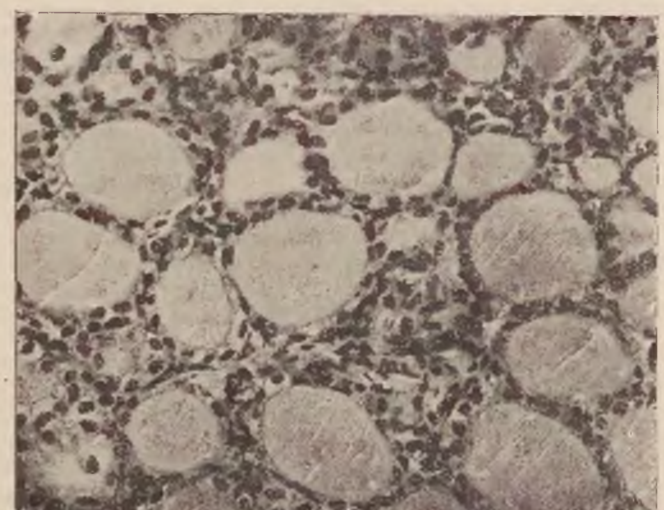
[3]) Mikrofotografje zostały wykonane w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. K. przez Dr. Jana Sosina, St. Asystenta Zakładu, za co wyrażamy Mu najserdeczniejsze podziękowanie.

c) Przeciętny obraz histologiczny tarczycy u 15 świnek morskich nastrzykiwanych hormonem tyreotropowym przy równoczesnem stosowaniu jodku potasu (p. ryc. 3).

Ogólnie daje się tutaj wykazać bardzo słabo zaznaczony obraz nadczynności tarczycy, może nawet słabszy, aniżeli w poprzedniej grupie b).



Ryc. 2. Mikrofotografja tarczycy świnki morskiej, której wstrzykiwano hormon tyreotropowy po 10 jedn. przez 6 dni oraz stosowano doustnie 50 mg dwujodotyrozyny również przez 6 dni. Obraz zahamowania nadczynności tarczycy: budowa utrzymana, pęcherzyki wypełnione koloidem, gdzieniegdzie zaznaczone złuszczanie przybłonków. Powiększenie: Zeiss apochrom 4 mm, kompens. okul. IV.



Ryc. 3. Mikrofotografja tarczycy świnki morskiej, której równocześnie wstrzykiwano hormon tyreotropowy po 10 jedn. dziennie przez 6 dni i podawano doustnie po 0,0374 g KJ przez 6 dni. Zahamowanie nadczynności tarczycy jak w ryc. 2. Powiększenie: Zeiss apochrom 4 mm, kompens. okul. IV.

Z doświadczeń powyższych wynika, że dwujodotyrozyna, zgodnie z badaniami Abelina, hamuje istotnie działanie hormonu tyreotropowego, ale także, że również jod nieorganiczny, stosowany w równoważnej dawce pod względem zawartości jodu, wykazuje conajmniej takie same, jeżeli nawet nie wybitniejsze, działanie hamujące.

Zatem wobec braku zasadniczej różnicy pomiędzy działaniem dwujodotyrozyny a jodu nieorganicznego w hipertyreozie doświadczalnej, nie można więc przyjąć, aby dwujodotyrozyna wywierała wpływ swoisty. Należy więc przypuścić, że po zastosowaniu dwujodotyrozyny ulega ona częściowemu rozłożeniu, podczas którego uwolniony jod wywiera swoje działanie.

Abelin przypuszcza odwrotnie, że z dwujodotyrozyny oddziela się tylko nieznaczna ilość jodu, a przeważnie nie ulega ona rozkładowi i jako taka wywiera swoje działanie.

Autor ten wysunął nadto przypuszczenie, że korzystne działanie jodku potasu w hipertyreozach może być wynikiem łączenia się tego jodu nieorganicznego z białkiem ustroju i wytworzenia dwujodotyrozyny, dzięki której dopiero zaznacza się korzystne działanie. Jest to jednakże przypuszczenie, niepoparte badaniami doświadczalnemi, bez których, jak podnosi sam Abelin, nie może być rozstrzygnięte.

Na dowód, że dwujodotyrozyna nie ulega wybitniejszemu rozkładowi i że nie może ona działać jako jod nieorganiczny, Abelin powołuje się na doświadczenia Oswalda (19) oraz Fostera i Gutmanna (20), wedle których dwujodotyrozyna opuszcza ustrój w stanie przeważnie niezmienionym. Istotnie, wedle badań Fostera i Gutmanna, którzy stosowali u szczurów bardzo wielkie, gramowe dawki dwujodotyrozyny, wydziela się jod u zwierząt moczem tylko w 10% jako jod nieorganiczny. Ale już w badaniach Oswalda, który stosował u królików mniejsze dawki dwujodotyrozyny (1—2 g dziennie), odsetek wydzielonego jodu moczem w postaci nieorganicznej był znacznie większy (46%). Oczywista rzecz, organizm nie mógł należycie przerobić tak wielkich, gramowych dawek, powodujących nawet zejście śmiertelne po 10—12 dniach, jak np. w doświadczeniach Oswalda, i dlatego opuszczała ona ustrój w większym odsetku niezmieniona.

Aby się przekonać, jak się zachowuje dwujodotyrozyna w ustroju ludzkim po zastosowaniu znacznie mniejszych dawek, jakie się stosuje w klinice, zażyliśmy 200 mg preparatu Hoffmann La Roche i następnie w moczu dobowym oznaczaliśmy jod całkowity metodą przez nas opisaną oraz jod nieorganiczny metodą Fostera.

Zachowanie się dwujodotyrozyny w moczu po zażyciu 200 mg u człowieka.

Ilość jodu w mg zażytego w postaci 3,5-dijod-1-tyrozyny	Ilość jodu w mg wydzielonego moczem					
	Jod całk.		Jod nieorg.		Jod org.	
	Absol.	%	Absol.	%	Absol.	%
116	86	74	57	66	29	34

Widzimy zatem, że dwujodotyrozyna, podana w małych dawkach (leczniczych), opuszcza ustrój ludzki przeważnie rozłożona a mianowicie w 66% jako jod nieorganiczny. Nie badaliśmy, w jakiej postaci występuje jod organiczny w moczu, należy jednak pamiętać, że może on poza dwujodotyrozyną (o ile ona wydziela się niezmieniona u człowieka) występować też w postaci kwasu 3,5-dwujodo-4-hydroksyfenylmlekowego. W każdym razie z powyższego doświadczenia wynika, że po zażyciu dwujodotyrozyny, dostateczna ilość jodu nieorganicznego krąży w ustroju, aby mogła wywrzeć swoje działanie. Za tem przemawiają też doświadczenia Gutmanna i jego współpracowników (21), którzy w większości przypadków hipertyreotycznych, po zastosowaniu dwujodotyrozyny w ilości 100 mg dziennie, stwierdzili w tarczycy przeszło 50% jodu ultrafiltrowanego w postaci nieorganicznej (a przeciętnie około 94% jodu ultrafiltrowanego po podaniu jodu nieorganicznego).

Badania te zatem wykazują, że po podaniu dwujodotyrozyny znaczna jej część znajduje się w tarczycy w postaci nieorganicznej. Pozatem ci autorowie nie widzieli różnic w działaniu klinicznem dwujodotyrozyny i jodku potasu w przypadkach hipertyreotycznych, w przeciwieństwie do większości innych autorów, którzy klinicznie stwierdzili korzystniejszy wpływ dwujodotyrozyny od jodku potasu.

Wkońcu chcemy podnieść, iż według Kendall'a (22) korzystne działanie dwujodotyrozyny w hipertyreozie należy odnieść tylko do jodu uwolnionego przez jej rozłożenie się w ustroju. Kendall nie przypisuje dwujodotyrozynie żadnego odrębnego działania fizjologicznego, uważając, że tarczyca wytwarza tylko jeden hormon t. j. tyroksynę.

Streszczenie.

1. Jod nieorganiczny (KJ) i dwujodotyrozyna, stosowane w dawkach równoważnych pod względem zawartości jodu, wywierają jednakowe działanie hamujące na nadczynność tarczycy, wywołaną wstrzykiwaniami hormonu tyreotropowego.

2. Wpływ hamujący dwujodotyrozyny na nadczynność tarczycy należy odnieść najprawdopodobniej do działania jodu nieorganicznego, powstałego w ustroju z rozkładu stosowanej dwujodotyrozyny.

3. Hamujący wpływ dwujodotyrozyny na nadczynność tarczycy nie może być podstawą hipotezy o odrębnem i swoistem działaniu dwujodotyrozyny jako antyhormonu tyroksyny, a więc także drugiego hormonu tarczycy.

Piśmiennictwo:

1) Abelin I.: Kl. Wschr. 10, 2201, 1931; 10, 2205, 1931. — 2) Kommerel B.: M. m. M. 78, 1386, 1931; Schuermeyer A. i Widmann: Kl. Wschr. 11, 673, 1932; Parhon C. J. i Ballif L.: Bull. et Mém. Soc. Hôp. Paris 56, 601, 1931; Castillo E. B. i Dassen R.: Semana Med. 2, 335, 1932; Snapper I.: Geneesk. gids. 10, 957, 1932; Steinitz E. i Thau E.: D. m. W. 58, 2001, 1932; Thau E.: Z. kl. Med. 123 448, 1933; Zimmermann O.: Med. Kl. 29, 82, 1933; Guenther F.: Kl. Wschr. 12, 625, 1933. — 3) Kendall E. C.: Thyroxine. Amer. Chem. Soc. Monogr. Ser. New York. 1929. — 4) Harrington C. R. i S. S. Randall: J. Soc. Chem. Ind. 48, 296, 1929; Harrington C. R. i Salter W. T.: Bioch. J. 24, 456, 1930. — 5) Foster G. L.: J. Biol. Chem. 83, 345, 1929; Bioch. J. 25, 1032, 1931. — 6) Uhlenhuth E. i Schwartzbach S.: Brit. J. exp. Biol. 5, 1, 1927; Proc. Soc. exp. Biol. a. Med. 26, 149, 151, 152, 153, 1928/29. — 7) Loeb L. i Basset R. B.: Proc. Soc. exp. Biol., a. Med. 26, 860, 1929. — 8) Aron M.: Cpt. R. Soc. Biol. Paris. 102, 689, 1929. — 9) Schockaert J. A.: Am. J. Anat. 49, 379, 1932; Schittenhelm A. i Eisler B.: Kl. Wschr. 11, 1092, 1932. — 10) Siebert W. J. Smith R. S.: Proc. Soc. exp. Biol. a. Med. 27, 622, 1930. — 11) Closs K., Loeb L. i E. Mc. Kay: Proc. Soc. exp. Biol. a. Med. 29, 170, 1931. — 12) Mc Cordock i Hagemann: przytocz. przez L. Loeba, Kl. Wschr. 11, 2156, 1932. — 13) Loeb L. i Friedman H.: Proc. Soc. exp. Biol. a. Med. 29, 648, 1932. — 14) Abelin I. i Wegelin C.: Kl. Wschr. 11, 2103, 1932. — 15) Zwehl T.: Arch. Entwicklungsmech. Organ. CVII, 456, 1926. — 16) Gray S. H. i Loeb L.: Amer. J. Path. 4, 257, 1928. — 17) Silberberg M.: Krkh. Forsch. 8, 171, 1930. — 18) Rabinowitch J.: Proc. Soc. exp. Biol. a. Med. 28, 394, 1931. — 19) Oswald A.: Z. phys. Chem. LXII, 399, 1909. — 20) Foster G. L. i Gutman A. B.: J. B. Chem. LXXXVII, 289, 1930. — 21) Gutman A. B., L. W. Sloan, E. B. Gutman i W. W. Palmer: J. A. M. A. 101, 256, 1933. — 22) E. C. Kendall: Doniesienie prywatne.

DONIESIENIA TYMCZASOWE.

St. SKOWRON i E. TURYNA. Kraków.

O wpływie hormonu męskiego na narząd rodny samicy.

Brouha i Simonnet[1]) stosując wyciągi z jąder u niedojrzałych, 22-dniowych samic szczurów stwierdzili przyśpieszenie dojrzewania pęcherzyków Graafa, rozrost macicy, a także objawy rui u niedojrzałych i wytrzebionych zwierząt. Dodds natomiast i jego współpracownicy[2]) nie uzyskali rui przy wstrzykiwaniu zwierzętom wyciągów jądrowych. W doświadczeniach naszych wstrzykiwaliśmy niedojrzałym samicom szczurów (1—1½ mies.) podskórnie, lub domięśniowo w ciągu 3—6 dni po ½—1 cm³ oleistego roztworu hormonu męskiego, uzyskanego z moczu (hombreol), zawierającego w 1 cm³ 4 lub 20 jednostek kogucich. Począwszy od czwartego dnia od chwili pierwszego zastrzyku można było stwierdzić mikroskopowo w wielu wypadkach znaczniejszy rozwój pęcherzyków Graafa w porównaniu ze zwierzętami niestrzykanemi, a pochodzącemi z tego samego miotu. Stałe jednak i najwybitniejsze zmiany pod wpływem hormonu męskiego zaznaczały się w rozroście macicy. Na ryc. 1 przedstawiony jest pod słabem powiększeniem przekrój macicy zwierzęcia niestrzykanego, na ryc. 2 zaś wycinek ściany macicy w większem powiększeniu. U zwierząt niestrzykanych hormonem męskim komórki nabłonkowe wyścielające światło macicy są kubiczne, fałdy maciczne zaczynają się dopiero wytwarzać, a tkanka łączna leżąca pod nabłonkiem jest zbitą, z licznemi komórkami i skąpemi naczyniami krwionośnemi. Warstwa mięsna jest cienka z nierozwiniętemi silniej włóknami mięsnemi, światło zaś macicy puste, pozbawione wydzieliny. U zwierząt nastrzykiwanych hombreolem już na czwarty dzień od chwili pierwszego zastrzyku zaznaczają się wybitne różnice. Makroskopowo macica jest większa, o grubszych ścianach, wypełniona wydzieliną (ryc. 3, powiększenie to samo co w ryc. 1). Nabłonek z kubicznego przekształca się na walcowaty, rozwijają się gruczoły, tkanka łączna zaś posiada luźniejsze utkanie (ryc. 4).

[1]) L. Brouha i H. Simonnet: Compt. Rend. Soc. Biol. T. 99. 1928.

[2]) E. Dodds, A. Greenwood, H. Allan i E. Gallimore: Biochem. Journ. v. 24. 1930.

W tkance łącznej naczynia krwionośne są silnie rozszerzone, a warstwy mięsne wykazują silniejszy przerost i dalej posunięte zróżnicowanie.

Wstrzykując zwierzętom, pochodzącym z jednego miotu, jednym hombreol, drugim folikulinę, trzecim zaś hombreol łącznie z folikuliną można było stwierdzić, że najsilniejszy rozrost macicy występuje u tych zwierząt, które otrzymały zarówno hormon męski, jak też i żeński. Fakt ten wiąże się bez wątpienia z ciekawemi obserwacjami E. Laqueura[3]), który opisuje, że u kastrowanych samców szczurów dodatek hormonu żeńskiego wzmaga działanie hormonu męskiego.



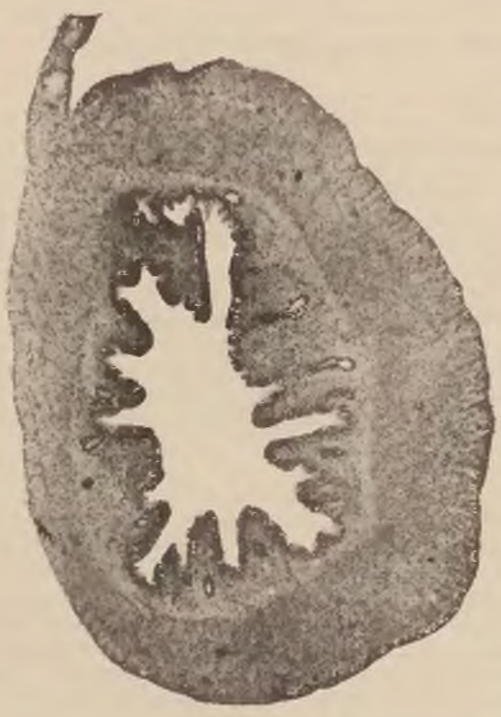
Ryc. 1.



Ryc. 2.

Ryc. 1. Przekrój macicy $1^{1}/_{2}$ mies. samicy szczura. Powiększenie ca. 40-krotne.

Ryc. 2. Wycinek ściany macicy $1^{1}/_{2}$ mies. samicy szczura. Powiększenie ca. 120-krotne. Nabłonek kubiczny, zaznaczają się fałdy błony śluzowej macicy. Tkanka łączna zbita, warstwa mięsna cienka z mało zróżnicowanemi włóknami.



Ryc. 3. Przekrój macicy $1^{1}/_{2}$ mies. samicy szczura strzykanej hombreolem. Powiększenie ca. 40-krotne.

Zapomocą hormonu męskiego mogliśmy też zawsze wywołać dłużej trwającą ruję u niedojrzałych samic szczurów; podobnie też oddziaływały i wytrzebione myszy. Hombreol wstrzyknięty jedno- lub dwurazowo w ilości 1/3—2/3 cm^3 wywoływał u wszystkich myszy w 3—4 dniu ruję, utrzymującą się 4—5 dni. Taksamo i u myszy niewytrzebionych powodował hombreol wystąpienie rui bez względu na okres cyklu oestralnego, w którym się zwierzęta znajdowały w chwili rozpoczęcia wstrzykiwań. Działanie hormonu męskiego uzyskanego z moczu jest więc równoznaczne z działaniem wyciągów z samej tkanki jądrowej, spostrzeganem przez Brouhę i Simonneta. Podobieństwo w oddziaływaniu hormonu męskiego i żeńskiego na narząd rodny niedojrzałej samicy wynika, jak widzimy, z pokrewieństwa chemicznego tych ciał. W związku z tem szczególne znaczenie



Ryc. 4. Wycinek ściany macicy $1^{1}/_{2}$ mies. samicy szczura. Powiększenie ca. 120-krotne. Nabłonek walcowaty, liczne fałdy i gruczoły. Tkanka łączna o utkaniu luźniejszem z licznemi rozszerzonemi naczyniami krwionośnemi. Warstwa mięsna grubsza.

posiadają wyniki prób, w których na drodze chemicznej otrzymano z folikuliny przetwór odpowiadający w swem działaniu hormonowi męskiemu[4]).

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Doc. Dr. Henryk BECK. Warszawa.

Przypadek pomyślnie leczonego krwawienia zastępczego.

Duże zainteresowanie budzi każdy względnie rzadki przypadek krwawień z różnych miejsc ciała u kobiet, wykazujących bądź brak miesiączki lub też wykazujących równocześnie okresowe krwawienia z części płciowych. W zestawieniu takich przypadków przez Elkina częstość występowania krwawień przedstawia się następująco: śluzówka nosa 30%, skóra 10%, płuca 8%, sutki 4%, żołądek 4, śluzówka ust i gardzieli 4%, śluzówka pęcherza moczowego, oko, ucho, nerki, pochwa po 3%. Podobne zestawienie obejmujące 225 przypadków, podane przez Rotha, wykazuje nieznaczne tylko wahania w powyższych liczbach. Nierzadko również zdarzają się krwawienia z przetok po operacjach chirurgicznych lub ginekologicznych (Molfino i Boero). Charakterystyczne bardzo i niepokojące zwykle jest występowanie krwawień z płuc, żołądka, pęcherza i z gruczołu sutkowego, jak również wybroczyny krwawe w tkance podskórnej nieraz bardzo rozległe na twarzy i udach, niebezpieczne natomiast mogą być krwawienia w oku. Czyste zastępcze krwawienia występują według Rotha tylko w 20% przypadków, uzupełniająco zastępcze, t. j. takie, w których obok nienormalnych krwawień zjawiała się również miesiączka prawidłowa — 75% przypadków. Ilość wydalanej krwi, jak również okres występowania tych krwawień jest różny. W przypadku Riesa po 20 latach prawidłowej miesiączki wystąpiło krwawienie z lewej brodawki sutkowej, w następnych zaś miesiącach z obu sutków, trwające przez 4 dni zrzędu, przyczem każdy

---

[3]) E. Laqueur: Verh. Intern. Kongr. Physiol. 1932. J. Freund: Klin. Woch. 1932.

[4]) W. Schoeller, E. Schwenk i F. Hildebrandt: Naturwiss. 1933.

sutek wydzielał około 15 g krwawej wydzieliny w ciągu doby. Zdarzają się również podobne krwawienia podczas ciąży. W przypadku Superbiego występowało krwawienie z płuc w ciągu pierwszych 5 miesięcy ciąży w okresach odpowiadających miesiączce. Przyczyna takiego krwawienia polega według Rotha na pękaniu i rozerwaniu naczyń krwionośnych wraz ze zwiększoną przepuszczalnością naczyń włosowatych. Zmiany te powstają na tle spraw toksycznych pod koniec okresu przedmiesiączkowego, oraz podczas miesiączki. Świadczyć ma o tem częstość występowania objawu Rumpel-Leedego w tym czasie. Według Schrödera te właśnie przyczyny stanowią klucz do zrozumienia tego rzadkiego i dość zagadkowego zjawiska. Autor ten sądzi, że włosowate wybroczyny w ciałku żółtem miesiączkowem uważać można za zastępcze wzgl. uzupełniające, podobnie jak krwawienia występujące podczas miesiączki z tkanki ziarninowej gojących się ran lub przetok. Należy jednak podkreślić, że nie każde krwawienie cykliczne może być podciągane pod miano krwawienia zastępczego, gdyż krwawienia takie zdarzają się podobno i u mężczyzn. Nie należy również uważać krwawień podobnych jako wyraz miesiączkowego cyklu, ani też jako jego ekwiwalent. Należy je raczej traktować jako objaw towarzyszący okresom miesiączkowym. Doniedawna leczenie tych stanów ograniczało się do podniesienia stanu ogólnego z uwzględnieniem czynnika konstytucjonalnego, idąc głównie w kierunku objawowym. W ostatnich latach doskonałe wyniki uzyskano leczeniem hormonalnem.

Miałem sposobność spotkać się z przypadkiem podobnego krwawienia w styczniu roku 1933. Chora S. P., lat 35, zamężna od 14 lat. Pierwsza miesiączka w 11 roku życia, mierna, niebolesna, typu 7/28. Przed 8 laty sztuczne przerwanie ciąży ze wskazań lekarskich. Po przebytem poronieniu w ciągu roku miesiączka coraz skąpsza, nieregularna, od 7 lat zniknęła zupełnie. Przed 6 laty wystąpiły w terminach miesiączkowych krwawienia z odbytu krwią płynną i jasną, trwające początkowo 4, potem 6—8 dni w ilości 2—3 szklanek krwi, równocześnie zjawiły się dość słabe objawy wypadnięcia czynności jajnika głównie ze strony nerwów naczyniowych. Pacjentka leczona była przez 3 lata ostatnie spowodu niedokrwistości oraz — wobec wyłączenia guzów krwawnicowych — doszukiwano się u niej chorób przewodu pokarmowego. Rentgenogramy nie wykazały nic szczególnego oprócz nieznacznego opuszczenia trzew jamy brzusznej. Wykonane oględziny odbytnicy w okresie krwawienia jak również w okresie spokoju dały wynik ujemny w kierunku guzów krwawnicowych. Pacjentka prawidłowo zbudowana, dobrze odżywiona, nieco anemiczna przedstawia typ o chwiejnej równowadze układu nerwowego, żali się na bezpłodność, zmęczenie i osłabienie, każdorazowa utrata krwi z odbytu wprowadza ją w stan apatji i zniechęcenia. Narządy płciowe wewnętrzne i zewnętrzne nie wykazały odchyleń od normy. Odczyn Wassermanna ujemny, odczyn Biernackiego nieco przedłużony, rozbiór moczu nie wykazał nic szczególnego. Nie mogąc znaleźć anatomicznej przyczyny krwawień z odbytu, potraktowałem pacjentkę jako przypadek miesiączkowania zastępczego, ograniczając leczenie do podawania cestryny Klawego w tabletkach w dawce po 200 jednostek mysich dziennie z przerwą, trwającą od 10 dnia przed spodziewanym terminem następnego krwawienia oraz przez czas krwawienia. Po dwóch miesiącach zjawiło się pierwsze od 7 lat dwudniowe krwawienie z macicy, poczem jednakże wystąpiło 6-dniowe krwawienie z odbytu. Objawy wypadowe uległy znacznej poprawie. Miesiąc potem (kwiecień 1933) dwudniowa miesiączka skąpa wraz z jednodniowem krwawieniem z odbytu. Poleciłem podskórnie gynoestryl w ilości 6 wstrzyknięć po 500 jednostek szczurzych w każdej serji w ten sposób, by ostatnia injekcja wypadła 15-go dnia przed spodziewaną miesiączką, równocześnie zaleciłem nagrzewania diatermją ginekologiczną. Pacjentka stosowała się do moich zleceń w ciągu dwóch miesięcy. W czasie tym wzięła 30 nagrzewań i 2 serje iniekcyj gynoestrylu. Z końcem lipca 1933 zgłosiła się silnie zdeprymowana, żaląc się, że jakkolwiek krwawienia z odbytu ustały zupełnie, jednakże równocześnie zniknęła również i miesiączka. Stan przygnębienia pacjentki umotywowany był obawą utraty miesiączkowania mimo młodego stosunkowo wieku — obawą trapiącą chorą od kilku lat. Ostatnia bowiem miesiączka wystąpiła 9 czerwca — trwała 3 dni, dość obfita, krwawienie zaś z odbytu nie wystąpiło już zupełnie po raz drugi. Podczas badania zestawionego znalazłem macicę powiększoną, rozpulchnioną, trzon kształtu kulistego w nadmiernem przodozgięciu, objaw Hegara I. dość wyraźny. Na życzenie pacjentki, która nie chciała uwierzyć, że brak miesiączki spowodowany jest prawdopodobnie przez wczesną ciążę, wykonana próba ciążowa Brouha wypadła wyraźnie dodatnio. Dalszy przebieg ciąży zupełnie prawidłowy.

Przypadek opisany wydaje się bezsprzecznie należeć do rzadkich przypadków krwawień miesiączkowych zastępczych z odbytu. Częstość występowania krwawień odbytniczych wynosi według Rotha 1,3%. Zachęcony wynikami leczenia hormonalnego podanemi w ostatnim czasie m. i. przez Markusa, Riesa, Solomonsa, zastosowałem w swoim przypadku leczenie folikuliną, łącząc je z leczeniem zapomocą diatermji. Żadnych dokładnych badań przyczynowych nie byłem w możności niestety przeprowadzić, gdyż pacjentka mimo wielokrotnej usilnej namowy nie zgodziła się na pobyt w Klinice. Jeśli uzyskany wynik leczniczy może być równie dobrze przypadkowym, to jednak zdaje się on zachęcać bardzo wybitnie do stosowania folikuliny w podobnych przypadkach.

Piśmiennictwo:

Elkin: Amer. J. of Obst. 27 t. 14. — Markus: Gyogyaszat. 1930. II. — Molfino i Boero: Semana med. 1932. II. — Ries: Prensa med. argent. 18. — Roth: Mntsch. f. Geb. t. 51. — Solomons: Dublin j. of med. sc. 1921. — Superbi: Klin. ostetr. 34.

Dr. J. DOWBUSZ. Lwów.

Kilka uwag o panodynie.

Z Oddziału Chirurg. Państw. Szpit. we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. T. Ostrowski.

Od czasów Miecznikowa leczenie antygenem nieswoistym, jakkolwiek dość pomyślnie i szeroko stosowane, nie dało oczekiwanych, na wielką skalę wyników. Praktyka wykazała, że nie można żądać za dużo od organizmu przez podanie parenteralne białka, skoro dany organizm wycieńczony ogólnie lub ciężko schorzały nie jest w stanie dać więcej ze siebie.

Nie znając biologicznych wartości organizmu, doszukujemy się jednak zawsze utajonych sił i staraniem naszem będzie te siły wydobyć. Często bowiem tam, gdzie spodziewania nasze są małe, spotykamy się z tem zjawiskiem, znajdując choćby najmniejszą poprawę w przebiegu schorzenia. Uczulając organizm, staramy się uskutecznić to równie na drodze zapobiegawczej szczególnie przed zabiegami i przy powikłaniach w przebiegu pooperacyjnym.

W notatce tej nie będę wyliczał środków mających mniej lub więcej zasłużoną wartość w leczeniu nieswoistem. Mam zamiar tylko pokrótce przedstawić wyniki uzyskane po stosowaniu nowego środka nieswoistego, panodyny Klawego, która wprowadzona niedawna do handlu nie ustępuje zupełnie, jak się okazało, w swem działaniu stosowanej dotychczas powszechnie omnadynie.

Przypadków obserwowanych było 19.

1. m. T. M. l. 24. Zapalenie okostnej uda. Od 3 tygodni choruje. Mimo okładów i inj. 2,0 propidonu brak poprawy. Stany podgorączkowe. Rtg. b. z. Wass. negat. Po podaniu dwukrotnem panodyny à 2,0 podwyższenie ciepłoty, większa bolesność, chełbotanie. Otwarcie ropnia, *drainage*. Po tyg. z raną zabliźniającą się wypisany.

2. k. K. S. l. 31. Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego. W drugim dniu po zabiegu *angina follic.* T. 38. Inj. 2,0 panodyny (p.). Płókanie gardła wodą utlenioną. Nazajutrz ciepłota opadła. Podmiotowo i przedmiotowo wyraźna poprawa.

3. k. M. S. l. 27. Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Nazajutrz po zabiegu ciepłota 38.4. Czopy na migdałkach. Inj. 2,0 p. Spadek ciepłoty. Czopy i bolesność ustąpiły. Dalszy przebieg gładki.

4. m. F. W. l. 25. Ropowica kąta szczęki dolnej. Szerokie otwarcie i *drainage*. T. opadła. Po 7 dniach ponowna zwyżka temperatury mimo dobrego odpływu ropy. Inj. 4,0 p. Subjektywnie lekka poprawa. Nazajutrz ponowna inj. 2,0 p. Brak poprawy. Ciepłota zwyżkuje. Po dwóch dalszych dniach objawy róży. Przebieg dalszy ciężki z wyleczeniem po 3 tygodniach.

5. m. S. S. l. 57. Ropowica klatki piersiowej. Po nacięciu części miękkich, na wysokości IV. żebra odpływ bardzo małej ilości ropy *(staphyloc. aur.)*. Rtg. negat. W następnych dwóch dniach inj. 2,0 i 4,0 p. Wzrost ciepłoty o charakterze przerywanym. Gorące okłady. Bolesność rozszerzająca się wzdłuż m. najszerszego grzbietu. Mimo braku chełbotania szerokie nacięcia. Duża ilość ropy. Dalszy przebieg pomyślny.

6. k. K. H. l. 50. Rak szyjki macicy, ostre zapalenie gruczołów chłonnych pachwinowych. Inj. 2,0 panodyny, okłady. Po trzech dniach objawy ze strony gruczołów ustąpiły.

7. k. R. O. l. 40. Ropienie rany po operacji przepukliny. Chora wynędzniała. Rana atoniczna, wydzielina skąpa, mimo ką-

pieli, naświetlania lampą kwarcową, brak gojenia i granulacji. Inj. 2 × po 2,0 p. Wyraźne oczyszczenie się rany i bujanie zdrowej ziarniny.

8. m. T. K. l. 27. Złamanie powikałne uda. Zapalenie pryszczykowe migdałków. Inj. 2,0 p. Objawy ze strony gardła nazajutrz ustąpiły. Ropienia w ranie uda w dalszym przebiegu nie stwierdzono.

9. m. A. H. l. 34. Złamanie kości krzyżowej. Zapalenie pryszczykowe migdałków z wysoką ciepłotą. Po trzykrotnej inj. à 2,0 p. objawy w gardle ustąpiły.

10. m. B. Z. l. 27. Złamanie podudzia. Nieżyt gardła. Pomyślne zejście po inj. 2,0 p.

11. k. A. H. l. 21. Zgorzelinowe zapalenie wyrostka robaczkowego. W piątym dniu po zabiegu zapalenie pryszczykowe gardła. Inj. 2,0 p. Korzystne zejście.

12. m. M. S. l. 42. — 13. m. I. S. l. 29. — 14 m. K. K. l. 35, Guzy krwawnicowe. Przebieg pooper. z gorączką, rozlanem zaczerwienieniem dookoła odbytnicy. Inj. à 2,0 p. Brak jakiejkolwiek poprawy. Ropienia w dalszym przebiegu nie stwierdzono.

15. k. S. L. l. 26. Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego. Nieżyt gardła. Ostre zapalenie oskrzeli. Inj. dwukrotna à 2,0 p. Poprawa i szybkie wyleczenie.

16. k. R. H. l. 53. Zgorzel wyrostka robaczkowego, zapalenie płuc. l. s. *Cardiaca,* bańki, nazajutrz sinica. Inj. 4,0 p. Temper. opadła jeszcze tego samego dnia, subjektywnie wyraźna poprawa. Dalszy przebieg pomyślny.

17. k. O. S. l. 50. Odcięcie sutka spowodu raka. Czyraczność w ranie z gorączką i dreszczami. *Cachexia.* Trzykrotna inj. p. à 2,0 bez wyraźniejszej poprawy. Pojawienia się nowych czyraków nie stwierdzono.

18. m. M. S. l. 25. Zapalenie szpiku kostnego. Róża. 16% *arg. nitric.,* okłady. Ciepłota narasta, obrzęk i zaczerwienienie całej nogi. Inj. 4,0 p. Temp. po dwóch dniach opadła. Obrzęk i zaczerwienienie ustąpiły. Wyleczenie.

19. m. O. N. l. 30. Promienica twarzy. Gorączka przerywana do 39. Po inj. 2,0 p. nieznaczny spadek ciepłoty, wyraźna poprawa podmiotowa.

Wybór przypadków, w jakich stosowałem panodynę, nie był może szczęśliwym i wyczerpującym. Przy skąpej ilości chorych na oddziele wybierałem przypadki t. zw. codzienne. Badania krwi po inj. nie przeprowadzałem, wychodząc z założenia, że stany chorobowe, w jakich panodynę stosowałem, przebiegają zawsze ze zwiększoną leukocytozą.

Najczęstsze, jak wynika z zestawienia, były anginy i te bez wyjątku oddziaływały korzystnie na panodynę. Przypadkiem wdzięcznym był 16. Czyraczność zdaniem mojem wymaga raczej środków silniejszych — szczepionek, których w cytowanym przypadku ze względu na ogólny stan nie podano. Przypadki 12—14 pozwalają też przyjąć wpływ korzystny panodyny na całość przebiegu, skoro nie przyszło do zropienia ran. Fakt, iż głębsze zmiany jak ropowice reagowały tak korzystnie na ten lek, zachęcają tem bardziej do jego stosowania.

Skuteczność działania panodyny uzależniam od obecności białka i ciał tłuszczowych (lipoidów) w preparacie, w dużej mierze od świeżości preparatu, a przedewszystkiem od wskazania. Może ono być rozległe, skoro zważymy, że ujemnych stron przy stosowaniu jej nie stwierdzono, a w szczególności objawów anafilaksji. Podkreślić natomiast należy zawsze dobre znoszenie tego leku przez chorych. Panodynę uważam za lek bodźcowy, działający na cały organizm a nie tylko na komórki schorzałe. Przemawiają za tem subjektywne dane ze strony chorego. Dawkowanie w przypadkach cięższych należy rozpocząć od 4,0 cm^3 domięśniowo lub podskórnie.

Wskazanem byłoby wypróbowanie p. w sprawach gośćcowych i przed zabiegami operacyjnemi, jak to czyniono przed kilku laty z autohemoterapją.

Preparat, jakkolwiek tańszy od niemieckiej omnadyny — zawsze jeszcze jest na dzisiejsze czasy dość drogi i obniżenie jego ceny byłoby wskazane.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Henryk WILCZYŃSKI. Warszawa.

Lecznictwo a Instytucje Ubezpieczeń Społecznych.
(Artykuł dyskusyjny).

W związku z głosem p. Dr. A. Kuhna w Nr. 15. R. 1934 Szanownego Czasopisma, które prenumeruję kilkadziesiąt lat, jeszcze jako Krakowski Przegląd i Lwowski Tygodnik, niech mi wolno będzie umieścić wyjaśnienie w tej społecznie ważnej, a w kryzysie trudnej do uregulowania sprawie, jaką jest leczenie ubezpieczonych.

Nie łatwo, przy różnicy poglądów, oddać dokładnie myśli autora na podstawie kilku urywkowo przytoczonych jego zdań, ba nawet swoiście przezeń użytych wyrazów, w dodatku — gdy krytyk czerpie z drugiej ręki, t. j. z referatu o mej pracy, a nie z niej samej. Przed ½ rokiem przedłożyłem komisji obmyślającej organizacje lecznictwa swój schemat i uwagi — *pro foro interno,* nie kusząc się o styl, ani drobiazgowe wyjaśnienia. To i owo z mych projektów, bez dokładnego opisu schematu, zostało przytoczone w referacie p. Dr. Szumskiego i wywarło na p. Dr. Kuhnie ujemne wrażenie, czemu dał wyraz *pro publico bono.*

Dla jasności sprawy i dla konkretniejszego ujęcia mego osobistego stanowiska, celowem mi się wydaje podanie własnego streszczenia podstaw mych projektów. *Audiatur et ipse autor.* Obszerniej się wypowiedziałem w Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych Nr. 1 i Nr. 4 R. 1934, w Lekarzu Polskim Nr. 11 R. 1933 i w Nr. 1 R. 1934 oraz jeszcze przedtem w Nr. 11 R. 1932. Jak wynika z mych prac — od kilku lat studjuję możliwości organizacyjne lecznictwa, a od lat 4 zabieram głos tak z przekonania, jak i z obowiązku w sprawach administracji i lecznictwa Ubezpieczeń Społecznych, zajmując istotnie nieraz zgoła odrębne, nowe dla nas stanowisko, starając się znaleźć wobec kryzysu — równowagę między dążeniem a możliwością, między dochodem a wydatkiem tak, by przytem jednak nie zaniedbać prawdziwego postępu kosztem przesady w inercyjnem utrzymywaniu *status quo.*

Poniżej więc streszczam własne poglądy na: I) kwalifikacje lekarza, II) na zadania medycyny nazwanej społeczną, III) na organizację lecznictwa, profilaktyki i orzecznictwa niezdolności do pracy w Ubezpieczalniach Społecznych, IV) na scalenie ubezpieczeń społecznych.

Ad I). Leczyć ma prawo jedynie dyplomowany lekarz, mając do pomocy pod swem kierownictwem dentystów i personel pomocniczy: felczerów, akuszerki, pielęgniarki, higjenistki, techników (czki) sanitarnych, t. j. laborantów (tki), masażystów (tki), kąpielowych, zabiegowych i t. d. i t. d.

Lekarz winien posiadać dyplom na podstawie egzaminów z przesłuchanych 12 półrocznych semestrów, oraz posiadać dowód odbytej po uzyskaniu dyplomu rocznej praktyki szpitalnej — przez 8 miesięcy z wybranej dziedziny, a przez 4 miesiące z dziedziny pokrewnej. Np.: choroby wewnętrzne i dziecięce; chirurgja i położnictwo; choroby skórne i nerwowe. Podczas studjów i egzaminów największe wymagania należy stosować do pierwszych czterech dziedzin. Lekarzami specjalistami zostają ci lekarze, którzy w swych dziedzinach obszerniejszych (chor. wewnętrzne, chirurgja, położnictwo, choroby dziecięce) odbyli czteroletnią, a w dziedzinach, jak okulistyka, laryngologja, skórne, nerwowe i t. d. — dwuletnią praktykę.

Lekarz, który chce wykonywać praktykę ogólną wśród ubezpieczonych, winien posiadać conajmniej 2-letni *stage* z pierwszych czterech dziedzin, i po dwa miesiące z dziedzin następnych. Uznanie *stage'u* trzeba uzależnić od *colloqium* przed komisją ordynatorów. Taki lekarz miałby prawo być lekarzem kompletu lub terenu ubezpieczonych, t. zw. domowym, opiekunem, patronem, rodzinnym... i t. p.

W Wiedniu lekarzem Kasy można być tylko po conajmniej 4½ latach etatowego sekundarjatu.

Ad. II). Wykonawcze, a nie kontrolne lub administracyjne, zadania medycyny społecznej tem różnią się od medycyny prywatnej, że profilaktyka i lecznictwo dotyczy pewnej masy pacjentów, którzy nie są w możności opłacać sami kosztów pomocy lekarskiej, lecz które to koszta pokrywają za nich instytucje samorządowe, rządowe i ubezpieczeniowe ze składek lub pozycyj budżetowych; a merytorycznie jeszcze tem, że zakresem swym obejmuje jedynie czynności takie, które mają utrzymać lub przywrócić zdolność do pracy. Zatem tymi, którzy już pracować nie będą, lecznictwo ubezpieczeniowo-społeczne nie może się zajmować, o ile choroba ich nie zagraża obecnym lub przyszłym pracownikom wśród członków rodziny, pozostawiając to filantropji prywatnej i społecznej. Zdrowie młodzieży trzeba podtrzymywać społecznie, nawet wśród niepracujących. Dalej lecznictwo ubezpieczeniowo-społeczne działać ma w granicach bezwzględnej samowystarczalności, niezbędnej dla świadczeń koniecznych i skutecznych. Czynności i wydatków reklamowych, reprezentacyjnych i nawykowych (modnych) nie należy dokonywać. Ani inkrustacyj w meblach, ani aut wycieczkowych, ani elektryzacji neurasteników, ani papierków na korki, ani przypraw smakowych, ani recept nieracjonalnych, ani nazw patentowych, ani opakowań efektownych, — ani badań naukowo-klinicznych (opadanie krwinek, przemiana gazowa) w zakładach

Medycyny Społecznej — nie przewiduję. Gdy takie badania będą potrzebne *ex consilio*, przeprowadzi je klinika uniwersytecka lub wielki szpital.

Nie dlatego by zaoszczędzić miljon, czy dwa, czy dziesięć — lecz by te kwoty wydać rozsądniej, produktywniej. Więcej łóżek — mniej reprezentacji. Więcej kolonij letnich i tranu, mniej miesienia starych brzuchów w społecznej łaźni.

Gdy kryzys minie — zakres medycyny społecznej można rozszerzać *ad infinitum*. Opieka nad matką i dzieckiem (zdrowemi), domy dla starców, domy dla bezrobotnych, izolatorja dla zakaźnych chorych przewlekłych, zakłady położnicze, izby obserwacyjne, sterylizarnie, poradnie eugeniczne, nawet i o kosmetologji stosowanej można nie zapomnieć — gdy będą środki publiczne — w nadmiarze.

Obecne środki lecznictwa ubezpieczeniowo-społecznego są szczupłe. Składają się na nie: składki pracobiorców i pracodawców, oraz kwoty przeznaczone w budżetach państwowych, samorządowych na leczenie swych pracowników. Tem skromniejsze w skutkach, im bardziej rozproszkowane między liczne a podobne komórki wykonawcze rozmaitych instytucyj. Ta szczupłość wymaga czynić w zakresie lecznictwa to, co ważniejsze, bo wszystkiemu, coby czynić należało, narazie trudno podołać. W zakresie zaś administracji społecznem lecznictwem — zachować tylko to, co jest istotnie niezbędne. (Legitymacje, zamiast kontrolerów. Zamiast pism w kopertach — kartki gdzie tylko można, zamiast wypisanych dowodów i kwitów — gdzie można — stemple lub znaczek nalepiony. Zamiast nieodpowiedzialnych wielogłowych Rad lub Komisyj — Dyrektorzy fachowcy, a nad nimi — fachowa Komisja Rewizyjna). Krótko pisząc — tak lecznictwo, jak i administracja lecznictwa społecznego — winny działać w ramach ściśle i celowo zakreślonych i w wypadkach, gdzie ingerencja jest istotnie nieodzowna, nieodraczalna i niemal bezwarunkowo skuteczna. Biegłość lekarza — jest warunkiem niezbędnym.

Ad III). Organizację lecznictwa, profilaktyki i orzecznictwa, narazie przejściowo w Ubezpieczeniu Społecznem a potem wogóle w całokształcie medycyny społecznej, wykonywanej przez Rząd, Samorządy i Instytucje Publiczne, wyobrażam sobie w przyszłości jako autonomiczną, wyodrębnioną, powierzoną światu lekarskiemu, opartą o szefów szpitali okręgowych powszechnych ze wszystkiemi oddziałami (nie koniecznie pod jednym dachem, lub na tym samym placu). Chorych obłożnie, bądź izolowanych, będą w szpitalach leczyli ordynatorzy i ich asystenci, przy nich będą pogotowie, rezerwa i praktykanci. Przez szpitale rozumiem wszelkie ich odmiany (kliniki, sanatorja, domy zdrowia, kolonje lecznicze, lecznice restytucyjne i t. d.). Opłata taryfowa jednaka dla wszystkich: ubezpieczonych i prywatnych. Ordynatorzy mieliby obowiązek nauczania i ćwiczenia praktykantów wszelkich stopni, udzielania pomocy specjalistycznych, lub kierowania nią na terenie szpitala i jego okręgu, oraz obowiązek orzekania o stopniu niezdolności do pracy.

Dla lecznictwa w przychodniach i w mieszkaniu chorego, dla czynności zapobiegawczych — propagandowych — należy zorganizować terenowe (Wiedeń) lub kompletowe (Kopenhaga) ośrodki zdrowia, któremi kierują lekarze (t. zw. domowi), z potrzebną pomocą dostosowaną do zasobności społecznej. Możliwości rozrastania się i kurczenia się tej pomocy — przedstawiłem wraz z obliczeniem finansowem właściwej władzy.

Przyjąwszy zasięg ośrodka zdrowia 5 km w promieniu na wsi, a 800—1.200 rodzin w mieście — Rzeczpospolita potrzebowałaby 6.500 ośrodków, w tem około 2.000 miejskich. Gdyby przyjąć, że przy kierowniku miejskiego ośrodka zdrowia mógłby pracować młodszy kolega — jako skromnie płatny praktykant lub asystent — ośrodki zatrudniałyby około 8.000 lekarzy. Reszta lekarzy — to szpitalni (80.000 łóżek zatrudni nie mniej 2.000 lekarzy), prywatni, specjaliści, lekarze administracyjni, biegli i t. d. Każdy ośrodek byłby w kontakcie ze szpitalem przez osobę jego szefa — jako kontrolera pracy lekarskiej i jej uzupełnienie, lub pomoc w trudnościach wypadku. W szpitalu też znajdowałyby się rezerwy i ich przysposobianie.

Rzetelny, pełen życzliwości i zaradczości stosunek lekarza ośrodka zdrowia do ubezpieczonych stworzy mu niewątpliwie (jak w Anglji, Austrji i Danji) praktykę wśród pacjentów prywatnych. Rzetelne lecznictwo społeczne, dobra opinja o jego wykonawcy, powodzenie ogólne lekarza w terenie — polepszą wszechstronnie jego położenie jedynie w związku z indywidualną doskonałością jego pracy, zorganizowanej jak powyżej.

W takiem programowem ujęciu nie znajduję tendencyj obniżających poziom sztuki lekarskiej, i jeśli p. Dr. Kuhn wyraził co do tego wątpliwości, to przypuszczam, że wynikły one z nieporozumienia, z lakonizmu, może, referatu i mych propozycyj organizacyjnych.

Mam wrażenie, że najwyższy czas ująć w lekarskie wyłącznie dłonie ośrodki zdrowia — dziś jeszcze kiełkujące — zanim, jako rozwinięte w pełni warsztaty będą w 95% obsłużone przez absolwentki szkół pielęgniarstwa i higjeny (a pozatem głównie przez szpitale) pod batutą może odpowiednio pouczonych powiatowych referentów administracyjnych — *via* lub naprzełaj magistratów. Lecznictwo w krajach cywilizowanych — już uprzedza nas w stanowczym zwrocie ku profilaktyce, w odwrocie od przesadnej specjalizacji i polipragmazji, a także w nastroju coraz bardziej społecznym w przeciwstawieniu do *praxis privata aurea*.

Z tą ostatnią — za wyjątkiem znachorów, lub ich metody naśladujących — skończyło się. W kryzysie bodaj winna przetrwać *praxis cuprea nisi circiter nulla*. Nie można się oglądać na kilku wybrańców losu lub magików, którym powodzi się dobrze. Ogół lekarzy już zaczął cierpieć. Lekarze tu i ówdzie przyjmują stanowiska — nawet zastrzykiwaczy. Nie jest to żadną ujmą, ale świadectwem kryzysowego zanikania dotychczasowego pędu do leczenia się — bez śmiertelnego jeszcze strachu.

Powyższe plany organizacyjne uważam za wskazane, by skończyć ze szkodliwym według mnie systemem przychodni specjalistycznych i „godzin" lekarskich, z brakiem ciągłości obserwacyj i leczenia, z ogonkami czekających, z odsunięciem lekarza od chorego, od jego rodziny, domu, poziomu zamożności i kultury, z rozbiciem czynności lekarskich na wypadki, numerki, godziny, lub kolejki lekarzy.

Gabinet lekarski prywatny, czy indywidualny (najlepiej w budynku ośrodka zdrowia), obejmujący wszelkie dziedziny lecznictwa i profilaktyki z wyjątkiem specjalnych, przywiązanych do szpitali i specjalistów, ze szpitalem skoordynowanych. Tego rodzaju pomysł wcielony w życie da wielkie oszczędności w kosztach administracyjnych. Kontrola uprawnień zmniejszy się znakomicie, nadużycia jeszcze nie rzadkie — zanikną, nastąpi sprawność przyznawania zasiłków, odpadną poważne, nieproduktywne wydatki.

Wynagrodzenie lekarza ośrodka winno być opłacane ryczałtem rocznym od każdego ubezpieczonego, objętego ośrodkiem względnie kompletem. Ubezpieczony będzie sobie wybierał lekarza lub ośrodek — z najbliższych mu, będzie miał prawo zmiany z zastrzeżeniami co do terminu lub zasadności.

Jeśli chodzi o zakwestjonowany udział lekarzy powiatowych w lecznictwie ubezpieczenia społecznego, to sądzę, że raczej nadają się oni na lekarzy obwodowych, niż na lekarzy orzekających o stopniu niezdolności do pracy. Tak czy owak — kolizji z urzędowemi obowiązkami nie da się uniknąć. W Norwegji jednak lekarze powiatowi ubogich powiatów — pracują w kasach chorych.

Ad IV). Wreszcie słów kilka — o scaleniu. Nie tem obecnem wstępnem, kompromisowem ze *status quo ante*, ale o scaleniu kompletnem, wybitnie racjonalnem, możliwie sprawiedliwem, budżetowo oszczędnem, wykonawczo sprawnem — w przyszłości.

W Ubezpieczeniu Społecznem nie powinno być miejsca na pojęcie stanowe, czy zawodowe. Ubezpieczać się powinno od niezawinionego nieszczęścia: jak bezrobocie, choroba, wypadek nieszczęśliwy, niemoc przemijająca lub trwała, — i na zasługę lat pracy. Ubezpieczenie powinno uwzględniać wzajemność, to znaczy rozłożenie kosztów ubezpieczenia proporcjonalnie do zasobności i ryzyka, a przyznawanie świadczeń w pewnej mierze proporcjonalnie do zarobków, jeśli chodzi o zasiłki i renty, a o ile chodzi o świadczenia w naturze — równe dla wszystkich a zależne tylko od rodzaju choroby, kalectwa i wypadku. Wyższe stopnie świadczeń w naturze mogą istnieć za pewną dopłatą.

Ubezpieczenie Społeczne winno objąć wszystkich pracobiorców bez różniczkowania na urzędników państwowych, samorządowych, pracowników bankowych, kolejowych, przemysłowych, komunalnych, rolnych, teatralnych i t. d. i t. p.

Ubezpieczenie składałoby się z pracobiorców, ich pracodawców i Izby Ubezpieczeń Społecznych, jako jednostki prawnej, a Ubezpieczalnie byłyby wykonawczym organem Izby Ubezpieczeń Społecznych, do której odprowadzałyby składkę scaloną. Izba, jako Zarząd Naczelny Ubezpieczeń Społecznych, dzieliłaby składki według ustawowej proporcji na cztery fundusze: Chorobowy, Inwalidzki, Emerytalny, i Pracy. Każdy taki fundusz miałby swoją dyrekcję i swe agendy w Ubezpieczalniach, przyczem wszystko, co wchodzi w zakres lecznictwa, profilaktyki i orzecznictwa o niezdolności do pracy, wykonywałby Fundusz Chorobowy przez Ubezpieczalnie i swe Zakłady Lecznicze.

Kontrolę i lustrację wykonawstwa ubezpieczeń przeprowadzałaby Izba przez swój Inspektorat, w ewentualnej asystencji delegatów nadzoru. Dla spraw spornych przewidywałem — trzy instancje: Komisja porozumiewawcza przy Ubezpieczalni, Ko-

misja rozjemcza przy Inspektoracie, Sąd Izby Ubezpieczeń — z udziałem przedstawiciela Ministra Opieki Społecznej i Ministra Sprawiedliwości.

Komisje rewizyjne, które nie powinny być zastępowane komisarycznie, byłyby wybierane: przez zgromadzenie delegatów Rad Gminnych terenu danej Ubezpieczalni — w liczbie 5 członków, zgromadzenie delegatów Starostw w terenie Ubezpieczalni — w liczbie 2, zgromadzenie lekarzy osiadłych na terenie Ubezpieczalni — w liczbie 1. Przewodniczący komisji rewizyjnej obieralny przez i z grona jej członków w głosowaniu tajnem na zebraniu, któreby zwoływał najstarszy wiekiem członek.

Komisję Rewizyjną Izby Ubezpieczeń Społecznych w liczbie 19 osób (przewodniczący, zastępca, sekretarz i 12 członków po 3-ch na każdy Fundusz) — na wniosek Prezesa Naczelnej Izby Kontroli, uzgodniony z Ministrem Opieki Społecznej — mianowałaby Rada Ministrów. Wśród 12 członków winno się znajdować conajmniej 4, mianowanych przez Ministra Opieki Społecznej z przewodniczących Komisyj Rewizyjnych Ubezpieczalni (po jednym dla każdego Funduszu). Skład Prezydjum Izby i organizację kontroli orzecznictwa pomijam.

Streszczając się: pracodawcy — (Rząd, Samorząd, Instytucje, Związki, Towarzystwa, Właściciele, Dzierżawcy, i wszelacy inni, nie wyłączając kleru, domów modlitw, ochronek fundacyj i t. p.) — wpłacaliby składkę na Fundusze przez Ubezpieczalnie do Izby Ubezpieczeń Społecznych, która przez swe organa wykonawcze udzieli świadczeń, z których korzystają pracobiorcy. Komisje rewizyjne z wyboru, a Minister Opieki Społecznej z urzędu łącznie kontrolowaliby działalność Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych.

Rozproszkowanie ubezpieczenia społecznego między Rząd, Samorząd, Zawody, grupy i stany — jest szkodliwe, jest kosztowne. Taksamo jak i rozczłonkowanie lecznictwa jedne dla pracowników gminy, drugie dla urzędników, inne dla pocztowców, odrębne dla kolejarzy, dla akademików i t. d.

Bezrobocie, choroby, nieszczęśliwe wypadki, śmierć, starość, niemoc, kalectwo — zasługi znacznej ilości lat pracy odrzuconej — są to zjawiska poza stanem, zawodem, terenem, wyznaniem, nauką, kulturą: są to powszechne nieszczęścia, które każdej chwili od kołyski po trumnę mogą spotkać wyrobnika czy dziedzica! *Fortuna variabilis.*

I dlatego ubezpieczenia chorobowe czy wypadkowe czy bezrobocia — to nie *malum necessarium.* Jest to *Prudentia socialis. Lex officii possidentium. Jura humana calamitatis.* A nasze miejsce w tem lekarzy: bez wahania w obronie i służbie słabszych.

Nie chcę bynajmniej uchodzić za entuzjastę ubezpieczeń społecznych u nas. Nie znam dzieł ludzkich doskonałych. Sokrates i Plato i Seneca i nasz Mistrz Hippokrates — popełniali w swych genjalnych założeniach i wnioskach błędy.

I twórca myśli biologicznych Bacon — fundamentalny opokowy rozum przyrodoznawstwa — nie obalił świata abstrakcji i zabobonów dotychczas. Zostawili oni mimo to niewyczerpalne źródło rozwoju i postępu myśli ogólnoludzkiej, wszechziemskiej.

Przy bardzo zróżniczkowanych zawodach indywidualnych, w przeludnionej Europie, która się tak wysoko za naszych czasów wzniosła w swej kulturze, swem bogactwie, swych aspiracjach gospodarczych, władczych, naukowych, w technice, w swych pojęciach o obowiązku, i w zasadach wolności takiej, gdzie anarchista pokojowo już potyka się z papistą, Kreuger czy Stawiski — jako typ społeczny — jest kontrastowo współczesny fundatorowi Zamoyskiemu, a ministrów i wojewodów jednego dnia leczy znachor — a drugiego — Profesor Dr. Tajny Radca Zdrowia; gdzie zanika podział ról między kobietą i mężczyzną; coś się załamało, coś się zmieniło, że, aby dalej trwać i jako tako kulturalnie bytować, zbiorowość posiadających musi przeznaczać część swych zysków i praw — na rzecz większej jeszcze zbiorowości, szukającej pracy, a zdrowia i pożywienia podczas niemocy lub starości. W Europie całej.

Musimy czynić to, co inni z tej samej konieczności czynią — może lepiej od nas dzięki dłuższemu doświadczeniu. Nie należy tylko popadać w zniechęcenie — spowodu usterek. Trzeba je naprawiać i starać się o lepsze wykonywanie zadania ubezpieczeniowego, aby w ogniu krytyki nie przyczyniać się do pogrążania idei, której wcielenie jest wyrazem rozumnego społecznego wysiłku wedle zasobności na rzecz zagrożonych w swym bycie.

Wysunąłem — organizacyjne p r o p o z y c j e, streszczam je *bona fide* — dla rzeczowej dyskusji *pro Re magna perficienda sed non delenda.*

Od Dr. Adolfa Kuhna Redakcja otrzymała następujące oświadczenie.

Po przeczytaniu ogłoszonej w Nr. 17. P. G. L. odpowiedzi Kol. Dr. Jana S z u m s k i e g o, któremu szczerze dziękuję za uspokajający artykuł, doznałem wrażenia, że mój artykuł drukowany w Nr. 15 nie był aktualny. Jeżeli tak jest, to nie było może potrzebne ogłaszanie w Nr. 6. P. G. L. alarmujących projektów.

Z Kol. Dr. Henrykiem W i l c z y ń s k i m nie porozumiemy się, bo stoimy na przeciwnych biegunach. Kol. Wilczyński jest entuzjastą ubezpieczeń społecznych i chciałby wszystkich (10.000) lekarzy związać z Ubezpieczalnią, oraz ubezpieczyć wszystkie stany i zawody. Ja zaś przeciwnie jestem zdania, że Ubezpieczalnię społeczną na wypadek choroby należy utrzymać w granicach najkonieczniejszej potrzeby, a w miarę ustępowania „kryzysu" redukować, pozostawiając coraz więcej pola dla praktyki prywatnej, którą uważam za najdoskonalszą formę lecznictwa — poza przypadkami wyjątkowemi.

Gdy mówiłem o *„malum necessarium"*, to nie miałem na myśli pomocy dla chorych i nieszczęśliwych wogóle, ale tę instytucję ubezpieczenia na wypadek choroby, która dzisiaj istnieje.

A. Kuhn (Lwów).

OCENY.

Patologja i terapja szczegółowa chorób wewnętrznych. Tom II, część pierwsza. Prof. Dr. W. ORŁOWSKI. Warszawa. 1934, str. 248. Rycin 14 w tekście i 8 tablic poza tekstem.

Pierwsza część tomu drugiego obejmuje choroby oskrzeli i płuc z wyjątkiem gruźlicy tych narządów oraz ostrych chorób zakaźnych sadowiących się w płucach (koklusz, nosacizna, dżuma i t. d.). Jest to od 31 lat pierwsze zbiorowe opracowanie tego tematu w literaturze polskiej. Sokołowski, który tego wówczas dokonał w swych dwu znakomitych monografjach, pisał w epoce, gdy rentgenologja zaledwo się rodziła, nauka o alergji nie istniała, nie mówiąc już o bronchoskopji i wziernikowaniu opłucnej. Nie były też wówczas znane choroby sportowe i wojenne tych narządów a ich choroby zawodowe mało były opracowane. Stąd też monograficzne to przedstawienie tematu (razem na 863 stronach) ma już dziś pod wielu względami znaczenie historyczno-porównawcze dla specjalistów. Opracowanie Orłowskiego jest zwięzłe, poparte rentgenogramami, rycinami i tabelami rozpoznań różniczkowych. Liczne odsyłacze uwalniają tekst od powtarzań. Patologja ogólna schorzeń jest tylko wzmiankowana, anatomja patologiczna, przedstawiona lapidarnie, uwzględnia wszystkie prace polskie. Opisy kliniczne, jasne a krótkie, leczenie przedstawione szczegółowo z dokładną recepturą. Wszystkie zdobycze kliniki polskiej są szczegółowo uwzględnione, co stanowi jedno z założeń całego podręcznika. Rentgenodiagnostyka i rentgenoterapja są bardzo szczegółowo potraktowane, rentgenogramy Elektorowicza i Werkenthinówny, pomieszczone na osobnych kartach lepszego papieru, naogół wypadły dobrze, mimo trudności oddania kliszami drukarskiemi np. raków i bąblowca płuc. Na podniesienie zasługuje też uwzględnianie schorzeń narządu oddechowego pod wpływem wysiłków sportowych i działania gazów bojowych.

Sabatowski (Lwów).

W okopach. Pamiętnik kobiety lekarza bataljonu. M. ZDZIARSKA ZALESKA. Nakładem Koła wydawniczego oficerów korpusu sanitarnego. Warszawa 1934. Str. 200. Rycin 10.

W miarę oddalania się od polskich dni wojennych, ginie coraz bardziej w pamięci rola, jaką odegrali lekarze w czasie walk o Niepodległość: rola olbrzymiego znaczenia, zaznaczająca wyraźnie swój wpływ na przebieg działań wojennych. Przed rokiem uprzytomnili ją sobie polscy czytelnicy, gdy zjawiła się książka gen. Składkowskiego „Moja służba w Brygadzie". Obecnie zjawia się druga książka, podająca pamiętniki lekarza; nie jest bez znaczenia, że lekarzem tym jest kobieta; w służbie zdrowia, zarówno w Legjonach, jak i w czasie wojny polskiej, udział kobiet jest naprawdę zaszczytny i godny szczegółowego opracowania. Pamiętniki Zdziarskiej dotyczą następujących okresów wojny polskiej: Lwów, wojna bolszewicka, powstanie górnośląskie. Opisuje autorka zdarzenia krótko, podaje fakty możliwie zwięźle; kilka zaledwie miejsc, gdzie łzy ukryć się nie dają i przelewają się na papier, wywierając tem większe wrażenie. Szczególnie miłą lekturą będą pamiętniki dla tych lekarzy, których pracę autorka opisuje; dotyczy to wielu lekarzy, działających w obronie Lwowa, a obecnie zajmujących ważne stanowiska w życiu lekarskiem Lwowa; książka recenzowana znajdzie

się napewno w ich bibljotekach. Szczególnie jednak pożyteczną byłaby ta książka dla lekarzy młodych zwłaszcza dla tych, którzy nie służyli w wojsku, a którzy przecież w razie wybuchu wojny musieliby wziąć udział w pracy nad obroną Państwa. Przyszła wojna przyniesie szereg takich sytuacyj, które nie dadzą się zgóry przewidzieć; również i lekarz, nietylko w oddziale, lecz także w szpitalu będzie musiał ustosunkować się do tych zjawisk natychmiast i zdecydowanie. Przeczytanie recenzowanych pamiętników może z jednej strony przygotować wewnętrznie do takich decyzyj, z drugiej zaś ukazuje wyraźnie, co może zrobić jeden człowiek z wolą i charakterem.

W. Mozołowski (Lwów).

La dilatation des bronches, — Clinique, pathogénie, diagnostic et traitement (Rozstrzenie oskrzelowe). M. LÉON KINDBERG. Wyd. Masson i Sp., Paryż 1934, format kieszonkowy, stron 126 z 19 rys. poza tekstem. Cena 22 fr. fr.

Monografja obejmuje kolejnie patogenezę, rozpoznawanie i leczenie rozstrzeni oskrzelowych. Omawiając patogenezę tego schorzenia poddaje autor krytyce poglądy dotychczasowe, podkreślając znaczenie przewlekłych, ropnych nieżytów oskrzeli i podobnych spraw oskrzelowo-płucnych. Rozpoznanie rozstrzeni oskrzelowych opiera się głównie na metodzie lipjodolowej z następowem prześwietleniem rentgenowskiem płuc. Przytem omawia poszczególne postacie tego schorzenia a zwlaszcza t. zw. obraz oskrzeli o wyglądzie martwego drzewa *(l'arbre mort)*, który odnosi pod względem patogenetycznym do banalnej marskości płuc, a który nie jest tożsamy z rozstrzeniami oskrzeli. Następnie szerzej omawia leczenie owych stanów chorobowych. Uważa, że odma najczęściej zawodzi a najwyżej działa tylko objawowo. Częsta obecność zrostów przy tych sprawach uniemożliwia ten sposób leczenia. Wyrwanie nerwu przeponowego także często zawodzi, a torakoplastyka i plomba nie zawsze pomagają. Lepsze natomiast wyniki bywają otrzymywane w drodze pneumotomji, wycięcia płuc płatowego lub też w drodze powolnego usunięcia płuca *(l'exérèse progressive)* metodą Sauerbrucha. Ta ostatnia polega na zabiegu, którego pierwszym etapem jest podwiązanie szypuły płuca, poczem w następnem posiedzeniu części nekrotyczne zostają usunięte, a światła oskrzeli zaszyte. Korzystną metodą leczenia jest również bronchoskopja często powtarzana przyczem można stosować środki odkażające, lecznicze oraz mechaniczne oczyszczanie oskrzeli. Wyniki otrzymywane przez autora przy tym sposobie są zachęcające.

Z. Tomanek (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Wydzielanie jodu u zdrowych nadtarczycowych osobników w klimacie wysokogórskim. E. SZASZ. Med. Klin. Nr. 47, 1933.

Autor ilościowo badając jod w moczu, kale, pocie i powietrzu wydechanym stwierdził, że następuje przesunięcie się wydalania jodu na drogę płucną z drogi pokarmowej. Uważa on to za następstwo suchości klimatu wysokogórskiego i nadmiernego przewietrzania płuc, co prowadzi do wzmożonego wydzielania wody drogą płucną, a z nią i jodu. Dzieje się to wybitnie u osobników, którzy dostali się do owego klimatu z nizin. Czy chodzi w tych razach tylko o zmianę drogi wydalania, czy o przestrojenie wogóle gospodarki jodem, należy jeszcze do pytań otwartych. Zmiany te jednak wpływają korzystnie na nadczynność tarczycy. *Z. Godlowski* (Kraków).

O zmianach w wątrobie w przebiegu choroby Basedowa. J. HABAN. Ziegler Beitr. B. 92. H. 1. r. 1933.

Autor na podstawie 26 przypadków przez siebie sekcyjnie i histologicznie badanych dochodzi do wniosku, że w wątrobie zmarłych na chorobę Basedowa można znaleźć następujące zmiany: przekrwienie bierne, zwyrodnienie i nacieczenie tłuszczowe, martwicę i wkońcu zmiany zapalne z bujaniem tkanki łącznej. Zmiany te występują tylko wyjątkowo samoistnie, w większości przypadków kombinują się wzajemnie. Przyczyną tych zmian z wyjątkiem przekrwienia biernego jest w pierwszym rzędzie działanie tyreotoksyczne, schorzenia innych narządów odgrywają rolę drugorzędną. Bujanie tkanki łącznej w wątrobie w chorobie Basedowa przedstawia charakterystyczny obraz makroskopowo z widocznemi na przekroju, podtorebkowemi, zygzakowato przebiegającemi, niebieskawej barwy zaciągnięciami, mikroskopowo zupełnie przypomina rozwój tkanki łącznej wywołany przekrwieniem biernem, jednak w nieco wiekszem nasileniu. Dla zaznaczenia tej odrębności powinno to schorzenie nosić nazwę *„Hepar Basedowianum“* lub *„Cirrhosis hepatis Basedowiana“*. *Skalba* (Kraków).

Klinika i anatomja patologiczna przewlekłego zatrucia insuliną u zwierząt. L. DUENNER, B. OSTERTAG i S. THANNHAUSER. Klin. Wschr. Nr. 27, 1933.

Autorowie spostrzegali w niektórych przypadkach cukrzycy pojawianie się wstrząsu hipoglikemicznego nie, jak zwykle, pod postacią objawów somatycznych, a więc drżenia, przyśpieszenia tętna i t. p., ale pod postacią zaburzeń psychicznych, podobnie także w przypadku przewlekającego się żółtego zaniku wątroby w okresach zaostrzeń pojawiał się także niezwykły stan psychiczny. Była to nie utrata przytomności, ale pewnego rodzaju stany zamącenia. Insulina powoduje w małych dawkach tworzenie się glikogenu w wątrobie, w dawkach wysokich uszkadza miąższ wątroby i powoduje symptomatyczne psychozy. W zaniku wątroby stwierdza się również poważne zaburzenia psychiczne. Otóż autorowie zadali sobie pytanie, czy insulina, podawana w wysokich dawkach, nie powoduje schorzenia kliniczno-anatomicznego, specjalnie w zakresie wątroby, mózgu i innych narządów.

Aby na to pytanie dać odpowiedź, autorowie wykonali doświadczenia na królikach, świnkach morskich i na psach, przyczem podają wyniki doświadczeń wykonanych na psach. Autorowie nie dążyli do wywoływania codziennych ostrych wstrząsów hipoglikemicznych, lecz podawali dawki insuliny takie, by jeszcze nie wywoływać drgawek. Starali się, by zwierzęta w ciągu dnia były jaknajdłużej choremi. Zwykle trwało to 2—5 godzin. W czasie stanu chorobowego zwierzęta nie chcą jeść w przeciwieństwie, jak ludzie, którzy w czasie wstrząsu hipoglikemicznego wykazują niezwykły głód, szczególnie odnośnie do węglowodanów. Doświadczenia autorów rozciągały się mniejwięcej na 2 miesiące.

Wynik badań był następujący: Pod względem nerwowym zwierzęta już w pierwszych dniach podawania insuliny wykazywały ospałość i bierność, ustępującą w 3—5 godzin po podaniu insuliny. Sczasem pojawiały się wybitne objawy mózgowe, podrażnienie korowe o typie napadów Jacksona, nadmierna pobudliwość odruchowa, niekiedy przymusowy krzyk, jak w zajęciu *thalamus* lub w zapaleniu mózgu, niekiedy znów najwyższego stopnia skurcz ogólny wyprostny, jak u zwierząt pozbawionych mózgu. U niektórych zwierząt obraz bezwładu. Po 8 tygodniach zatruwania pojawiały się nagły brak przytomności, głębokie oddechy przy prawidłowym poziomie cukru we krwi, czyli że końcowe zatrucie nie było związane z hipoglikemją.

Anatomicznie stwierdzano obrzęk mózgu, procesy rozpadu osłonek rdzennych, zmiany zwyrodnieniowe komórek zwojowych i przedewszystkiem wybitne zmiany w naczyniach pod postacią *endarteriitis* ze znacznem bujaniem śródbłonka i tworzeniem się naczyń włosowatych i wybroczyny. Ze względu na zaburzenia ze strony ócz, badano gałki oczne i stwierdzono wylewy krwawe w siatkówce i obrzęk brodawki. W wątrobie nie stwierdzono glikogenu; w mięśniach również brak glikogenu, aparat limfatyczny gruczołowy obrzękły.

Autorowie zapytują się, czy zmiany znalezione przez nich u zwierząt zatruwanych insuliną mają jakie znaczenie w leczeniu insulinowem, jak w cukrzycy, w chorobach wątroby i leczeniu tucznem. W cukrzycy nie podaje się coprawda tak wysokich dawek insuliny, jak w doświadczeniu, w każdym razie diabetycy biorą codzień insulinę, a jednak bez uszkodzeń i nie spostrzegano także uszkodzeń insulinowych nawet po wstrząsach hipoglikemicznych, choćby z tego względu, że ludzie odnośni nie umierali. Jedynie mogłyby zmiany zachodzić u ludzi, którzy zmarli wśród objawów śpiączki, jednak z brakiem cukru — na to jednak dotąd nie mamy przykładów, bo brak badań odnośnych. Brak również badań odnośnych w przypadkach chorób wątroby. Co się tyczy leczenia tucznego, to przestrzeżenie przed zbyt wielkiemi dawkami insuliny jest konieczne, szczególnie dotyczy to gruźliczych. Białko insuliny może wywoływać ogólne i miejscowe nieswoiste odczyny, podobnie jak tuberkulina. To ostrzeżenie jednak nie wynika z badań autorów.

W. Nowicki (Lwów).

Pierwotna, odruchowa hiperglikemja i jej stosunek do wzrostu krzywej pokarmowej po glukozie. O. POSTRANECKY. Čas. Lék. Česk., z. 28, 1933.

Wegetatywny, nerwowy odruch, powstający przy zetknięciu się glukozy ze ścianą przewodu pokarmowego, wywołuje natychmiastową falę hiperglikemiczną, która jest następstwem wypływu wolnej glukozy z wątroby. Spowodu utraty pewnej części wolnej

glukozy zmniejsza się zdolność wątroby magazynowania glukozy, wchłoniętej z jelit. Przeto część podanej glukozy przejdzie przez wątrobę do obiegu i to jest przyczyną wzrostu hiperglikemji pokarmowej. Wzrost krzywej pokarmowej jest tem większy, im mniej wolnego cukru pozostanie w wątrobie po ustąpieniu odruchu nerwowego. To zależy bądź od wielkości odruchu, bądź od ilości wolnego cukru w wątrobie.

Wzrost hiperglikemji pokarmowej odbywa się kosztem podanej glukozy. Aparat glikoregulujący oznacza wysokość hiperglikemji pokarmowej według potrzeby cukru w ustroju, zależnie od okoliczności odpowiednio zmienia ilość wolnego cukru w wątrobie, względnie siłę odruchu nerwowego. Hiperglikemja pokarmowa po glukozie jest objawem przystosowania się do optymalnego nasycenia ustroju, głównie mięśni, cukrem. *Ungar* (Lwów).

Drgawki insulinowe i układ siateczkowo-śródbłonkowy. L. DUENNER, B. OSTERTAG i H. LUECKE. Klin. Wschr. Nr. 3. 1934.

W badaniach dawniejszych, przeprowadzonych przez autorów z zatruwaniem zwierząt insuliną, stałem zjawiskiem było uszkodzenie aparatu siateczkowo-śródbłonkowego, a mogło ono być następstwem tego zatruwania, więc wskazanem było stwierdzenie, czy przy równoczesnem zblokowaniu układu R-E wystąpi kliniczne i anatomopatologiczne działanie insuliny.

Autorowie przeprowadzili odnośne doświadczenia na psach, u których wstrzykiwaniem śródżylnem tuszu Wagnera przez 4—6 dni zrzędu blokowali układ R—E. Otóż autorowie przekonali się, że u psów tych potrzeba było znacznie wyższej dawki insulinowej dla wywołania drgawek, aniżeli u psów kontrolnych. Gdy np. u jednego psa przed blokadą dawka drgawkowa insuliny wynosiła 24 jedn., to u blokowanego było potrzeba 150 jedn. Trzeba nadto podnieść, że w przewlekłem zatruwaniu insuliną powstawała w dalszym ciągu pewna wrażliwość tak, że po dłuższem stosowaniu dawki drgawkowe insuliny stawały się nawet niższemi. Autorowie stwierdzili, że blokada nie miała żadnego wpływu na stan hipoglikemji, a wogóle tolerancja insulinowa na drgawki, mimo hipoglikemji, była podniesiona. Anatomicznie nie stwierdzono u zwierząt blokowanych z przewlekłem zatruwaniem insuliną obrzęku mózgu, natomiast stwierdzano zmiany naczyniowe i ogniska ischemiczne. Możliwem jest, że przez blokowanie R—E, szczególnie w wątrobie, los insuliny w wątrobie i w ustroju całym ulega jakiejś zmianie, podnosząc tolerancję ustroju na nią. *W. Nowicki* (Lwów).

Nowe dane z fizjologji kory nadnerczy. F. USUELLI. Actualidal Medica Mundial. Nr. 32. 1933.

Po krótkim wstępie historycznym — autor omawia szerzej wyciągi z kory nadnerczy otrzymane przez Hartmanna i Swingle'a i Pfiffner'a. Badania swe przeprowadzał autor hormonem z kory nadnerczy, otrzymanym przez prof. Neppi. Podając ten hormon, przez długi czas utrzymywał zwierzęta przy życiu, pozbawione nadnerczy — przyczem żadnych objawów charakterystycznych dla choroby Addisona nie było. Również dobre wyniki otrzymywał u ludzi podając ten hormon w chor. Addisona, w chorobie Basedowa, w zatruciu jelitowem u dzieci, w wymiotach ciężarnych i w stanach osłabienia po przejściu błonicy. Wpływ hormonu kory nadnerczy na gospodarkę siarki przyjmuje autor tylko częściowo. Mianowicie Loeper, Decourt i Garcin wykazali, że u zwierząt po usunięciu nadnerczy, zmniejsza się ilość glutatjonu. Tem da się tłumaczyć osłabienie, jakoteż i zmiany barwikowe. Osłabienie ma być skutkiem zaburzenia procesów utleniających i redukcyjnych w mięśniu jako następstwo zmniejszonej ilości glutatjonu. Zaś zmiany barwikowe mają pochodzić od zwiększonej ilości siarki, usuniętej z komórek siateczkowo-śródbłonkowych, a odkładanej w głębokich warstwach skóry pod formą melaniny. Zwiększona ilość siarki stoi w związku ze zmniejszoną syntezą glutatjonu w ustroju. *Mester* (Kraków).

Sztuczne wywołanie cyklu płciowego u samic pawjana. I. O obrzmieniach rujowych u kastrowanych samic pawjana po podskórnem i doustnem stosowaniu progynonu. W. SCHOELLER, M. DOHRN i W. HOHLWEG. Arch. f. Gyn. T. 150. z. 1.

Na podstawie badań przeprowadzonych na 5-ciu kastrowanych samicach pawjana mogli autorowie stwierdzić, że po doustnem podaniu progynonu przeciętnie dawka 36000 M. E. wystarcza, aby u tych zwierząt wywołać typowe obrzmienia rujowe, podczas gdy przy podskórnem zastosowaniu tego środka wystarcza 10000 M. E. Wyniki te przeczą badaniom Parkesa i Zuckermanna, którzy przy podskórnem stosowaniu uważają dawkę 60—80.000 M. E. za konieczną. P. i Z. obliczyli atoli tę dawkę nie bezpośrednio, lecz na podstawie tylko jednego badania na jednem zwierzęciu. Badania autorów dostarczają dowodu, że znacznie mniejsze dawki są wystarczające. Wobec tego musiałyby również ulec zmianie wysokości dawek, jakie Parkes i Zuckermann na podstawie swego badania obliczają dla kobiety. Autorowie przypuszczają, że być może, iż oznaczona przez P. i Z. jednostka mysia jest jedynie ułamkiem jednostki przez nich oznaczonej. Że to przypuszczenie jest bardzo prawdopodobne, wynika z badań porównawczych, które przeprowadził Marrian z krystalicznym hormonem pęcherzykowym. Podczas gdy przy doświadczeniu metodą autorów preparat hormonowy wykazywał działanie o sile 2.5 mil. M. E. na jeden gram, to według swej metody znalazł Marrian tę wartość w wysokości 18.6 — 18.8 M. E. na gram. Pozostawałaby jeszcze otwartą kwestja stosunku działania podskórnego do doustnego. Badacze angielscy przyjmują tu stosunek 1:12. Na podstawie licznych badań autorowie są zdania, że nie istnieje żaden stały stosunek pomiędzy działaniem podskórnem a działaniem doustnem, lecz że takowy zależy od rodzaju i ilości składników towarzyszących. Dla hormonu krystalicznego stosunek ten wynosi 1:50. Dla preparatów, których stosowania w celach leczniczych są złożone, stosunek ten zwykle jest korzystniejszy, a specjalnie dla tabletek progynonu wynosi on 1:4 aż 1:5.

Autorowie pozostawiają klinicystom oznaczenie na podstawie badań klinicznych dawki leczniczej dla kobiet, sądzą atoli na podstawie swoich doświadczeń na zwierzętach, że dawka ta odpowiadać będzie ułamkowi dawki obliczonej przez Parkesa i Zuckermanna. Stwierdzają jedynie, że mogli przez doustne podanie 36000 M. E. progynonu względnie przez domięśniowe wstrzyknięcie 10.000 M. E. w ciągu 8 dni krystalicznego progynonu rozpuszczonego w oliwie wywołać charakterystyczne obrzmienie rujowe u kastrowanych samic pawjana i że przy użyciu będźwinianu progynonowego wystarczała jedna injekcja 10.000 M. E., aby uzyskać ten sam efekt. *K. B.* (Lwów).

Zapobiegawcze działanie prowitaminy A. W. CLAUSEN. Jour. of the Am. Med. Assoc. nr. 18, 1933/II.

Wiemy dziś, że ustrój otrzymuje z pokarmów zapas witaminy A w postaci prowitaminy: karotynu, żółtego barwika, który najprawdopodobniej w wątrobie ulega zmianie w witaminę. Obecnie można zapomocą mikrometod chemicznych oznaczyć poziom karotynoidów we krwi. Autor chciał w swej pracy przekonać się, czy słuszne jest zapatrywanie, że witamina A zapobiega ostrym chorobom zakaźnym. W tym celu badał poziom karotynoidów w surowicy dzieci zdrowych i chorych, starając się wykazać związek między nim a zapadalnością dzieci na rozmaite choroby, a zwłaszcza na ostre choroby dróg oddechowych. Normalny poziom karotynoidów w surowicy waha się w dość szerokich granicach i wynosi przeciętnie kilkadziesiąt jednostek (t. j. tysięcznych mg na 100 cm^3 surowicy). Ilość ta zwiększa się po spożyciu większych ilości marchwi, która zawiera dużo karotynu, lub po wypiciu tranu, który zawiera gotową witaminę A. Autor znalazł u dzieci chorych pewne obniżenie poziomu karotynoidów w surowicy i zauważył, że najniższe wartości występowały w najcięższych przypadkach. U dzieci zdrowych zauważył dość często obniżenie poziomu, poprzedzające wystąpienie chorób zakaźnych. Ten niski poziom nie jest przyczyną choroby, ale raczej jej skutkiem, gdyż podawanie większych ilości witaminy nie wpływa dodatnio na przebieg choroby, a także nie można sztucznie obniżyć poziomu przez odpowiednią dietę do tak niskich wartości, jakie występują w przebiegu chorób zakaźnych. Przypuszczalnie wskutek gorączki zużycie witaminy jest większe, resorbcja z przewodu pokarmowego jest upośledzona, a apetyt jest zmniejszony. *A. Selzer* (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

O związku przedwczesnego odklejania się łożyska ze schorzeniami nerek. J. BATISWEILER. Arch. f. Gyn. T. 153. Z. 3.

W związku z przedwczesnem odklejeniem się łożyska występuje schorzenie nerek, które może nawet spowodować bezmocz. Wynika stąd, że przy przedwczesnem odklejaniu się łożyska sam krwotok, który ewentualnie przy pomocy zabiegu operacyjnego może być skutecznie opanowany, nie jest jedynem niebezpieczeństwem dla ciężarnej, gdyż również upośledzona czynność lub ustanie czynności nerek stanowią dla chorej groźne niebezpieczeństwo.

Owo schorzenie nerek, które występuje przy przedwczesnem odklejaniu się łożyska, jest zasadniczo zapaleniem nerek śródmiąższowem, przy którem procesy zwyrodnienia schodzą na drugi plan. Ze stanowiska klinicznego charakterystycznym jest brak obrzęków, zwiększenie ilości azotu pozabiałkowego we krwi, natomiast normalna zawartość chloru i zwiększenie ciśnienia krwi. W postaciach czystych nie występują drgawki. Ze stanowiska

patologiczno-anatomicznego charakterystycznem jest, że w miąższu nerki stwierdza się raz chroniczne ropne zapalenie, innym razem znów obrzęk i naciek leukocytarny.

Sprawa leczenia jest dotąd nierozwiązana. Czasem może być skuteczna dekapsulacja nerek, zabieg ten atoli prawie ogólnie został zaniechany. Więcej spodziewać się można po dostarczeniu organizmowi dużej ilości płynu. Kellog zaleca jaknajwiększe ilości płynów i to śródżylnie, podskórnie, doustnie i przez odbytnicę. Wchodzą tu w grę przedewszystkiem hipertoniczne rozczyny cukru gronowego i przetaczanie krwi. Zdaniem Kelloga przy dziennym dowozie płynów w ilości 5—6 litrów można parcie krwi utrzymać na wysokim poziomie, co zdaniem jego jest ważnym czynnikiem w leczeniu, gdyż wysokie parcie krwi w stosunku do bezmoczu odgrywa rolę mechanizmu zapobiegawczego.

Czynnik etiologiczny przy zatruciu ciążowem i odklejeniu się łożyska na tle zatrucia może być identyczny, tylko że w jednym przypadku występują raczej zmiany zwyrodnienia (*glomerulonephritis, eclampsia*), w innym zaś objawy zapalne (*nephritis interstitialis, uraemia*), w rzadkich przypadkach wreszcie objawy te mogą być skombinowane. Nierzadko występują te objawy u zdrowych ciężarnych, nawet bez objawów poprzedzających lub też w czasie, gdy istniejące w czasie ciąży objawy toksyczne ew. zapalne (influenca, zapalenie migdałków) już osłabły lub nawet ustąpiły. Bez względu na przyczynę, ze stanowiska klinicznego można te sprawy wyjaśnić jedynie przez dalsze badania przemiany materji, czynności nerek i zmian zachodzących w nerkach. Tylko w ten sposób można opracować metodę, umożliwiającą wczesne rozpoznanie. Niestety dzisiejszy stan nauki jest jeszcze daleki od tej możliwości.

Badania autora uzupełniają wyniki prac Feketego, Fuchsa i Molnara, przeprowadzanych również na materjale kliniki berlińskiej, którzy wykazali, że schorzenia objęte pojęciem zbiorowem „*nephropathia gravidarum*" obejmują dwa typy a mianowicie: 1) postacie nefroz cechujących się zatrzymaniem soli i wody jakoteż obrzękami i 2) postacie zapalenia nerek cechujące się zatrzymaniem azotu i zapaleniem siatkówki. Obecnie przyjęło się zapatrywanie, że zmiany nerkowe w ciąży są raczej glomerulonefrozą, przy której równoczesne zajęcie kłębków i kanalików nerkowych wywołuje oprócz innych objawów często również znaczne podwyższenie parcia krwi. Spostrzeżenia autora dowodzą, że istnieją również i postacie czystych zapaleń nerek w ciąży.

Spostrzeżenia kliniczne autora zgodne są z doświadczeniami, które na zwierzętach wykonali Brownes i Bompianis, a które wykazały, że u zwierzęcia zatrutego szczawianem sodu przez wstrzykiwanie kultur pałeczki ropy błękitnej wywołane zostały objawy przedwczesnego odklejenia się łożyska ze zmianami charakterystycznemi dla miąższowego zapalenia nerek. Zapalenie nerek wywołuje szczawian sodu, a krwawienia toksyny bakteryj.

K. B. (Lwów).

Przypadek obojnactwa wrzekomego męskiego. R. CADIZ i A. LIPSCHüTZ. Arch. f. Gyn. T. 153. Z. 3.

W przypadku wrzekomego obojnactwa męskiego z wyraźnemi cechami kobiecemi fizycznemi i psychiczno-płciowemi istniał zupełny brak jajników, macicy i trąbek, natomiast po obu stronach w wargach większych były jądra. Męskie cechy płciowe jak np. powiększenie łechtaczki nie istniały. Po operacyjnem usunięciu jąder wystąpiły objawy, których nie można było inaczej określić, jak tylko jako objawy przekwitania (nagromadzenie tłuszczu, uderzenia krwi do głowy, prawdopodobnie także wzmożone wydzielanie prolanu). Dlatego uważa autor za rzecz prawdopodobną, że usunięte narządy i rozpoznane histologicznie jako jądra produkowały hormon nie męski lecz kobiecy. Wobec tego uważa na podstawie tego doświadczenia, że usuwanie w podobnych przypadkach jąder jest niedopuszczalne, chyba że wymagają tego inne poważne przyczyny (zwyrodnienie złośliwe). Badanie histologiczne wyciętego ew. skrawka próbnego nie upoważnia do żadnych wniosków co do czynności wewnątrzwydzielniczej owego narządu, dlatego przy udzielaniu chorej pewnych wyjaśnień i wskazówek należy być bardzo ostrożnym.

K. B. (Lwów).

Antefixura uteri supplicata. N. KAKUSCHKIN. Arch. f. Gyn. T. 153. Z. 2.

Zdaniem autora, wszystkie metody operacyjne stosowane w przypadkach tyłozgięcia macicy posiadają liczne wady a przedewszystkiem tę, że upośledzają ruchomość macicy. Nawet operacja Alexandra-Adamsa nie jest wolna od tej wady. Dlatego autor podaje stosowany przez siebie zabieg pod nazwą w tytule wymienioną. Istota zabiegu polega na ustaleniu ciała macicy odgiętego ku przodowi pod otrzewną przedniego Douglasa. W tym celu przecina fałd otrzewnej przestrzeni pęcherzowo-macicznej i zwieszającą z pęcherza otrzewną przyszywa do tylnej ściany ciała macicy. W ten sposób dno i część tylnej ściany macicy zostają przemieszczone pod fałd otrzewnej.

Zabieg może być wykonany od strony pochwy lub też od strony jamy brzusznej.

Technika zabiegu od strony pochwy: Cięcie poprzeczne w sklepieniu przedniem, odpreparowanie pęcherza i otwarcie otrzewnej. Wciągnięcie ciała macicy ku dołowi w ranę. Przyszycie otrzewnej z pęcherza do tylnej ściany macicy na wysokości połowy odległości między dnem a ujściem wewn., a nawet nieco niżej przy pomocy 3—4 szwów węzełkowych. Odprowadzenie macicy do jamy brzusznej. Zaszycie rany w sklepieniu przedniem.

Przyszyta do tylnej ściany macicy otrzewna napina się i nie pozwala na opadnięcie macicy ku tyłowi. Ciało macicy leży pod otrzewną w przestrzeni pęcherzowo-macicznej, przodopochylenie macicy nie jest nadmierne, a ruchomość ciała macicy do pewnego stopnia jest utrzymana.

Technika zabiegu od strony jamy brzusznej: Otwarcie jamy brzusznej. Cięcie poprzeczne na przedniej ścianie macicy na granicy ruchomej części otrzewnej z boków aż do więzadeł okrągłych. Zsunięcie pęcherza wraz z otrzewną ku dołowi. Brzeg otrzewnej przebiegający do szczytu pęcherza zostaje naciągniety i przyszyty do tylnej ściany macicy, podobnie jak przy operacji przez pochwę. O ile zachodzi potrzeba wykonania innych zabiegów na macicy lub przydatkach, to takowe wykonuje się najpierw, a wkońcu dopiero przemieszczenie macicy tak, że otrzewna przemieszczona na tylną ścianę macicy przykrywa powstałe po tych zabiegach rany.

Dotychczas wykonał autor ten zabieg w 177 przypadkach z dobrym wynikiem. *K. B.* (Lwów).

Przypadek wrodzonego braku jajników z zaburzeniami wielogruczołowemi i brakiem regularności, usuniętym przez przeszczepienie jajnika. J. GOLDWASSER. Arch. f. Gyn. T. 153. Z. 1.

Przypadek dotyczy kobiety 23-letniej, która nigdy nie miesiączkowała spowodu braku jajników, a cierpiała na liczne dolegliwości spowodu zaburzeń czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Po przeszczepieniu jajnika kobieta ta zaczęła miesiączkować. *K. B.* (Lwów).

W sprawie czynności wątroby na końcu ciąży normalnej. L. NüRNBERGER. Arch. f. Gyn. T. 153. Z. 1.

Badając to samo indywiduum różnemi metodami czynnościowemi, stwierdził autor, że u zdrowych ciężarnych pod koniec ciąży uderzająco często wyniki tychże badań odbiegają od normy. Ponieważ według obecnych naszych wiadomości nienormalny wynik badania czynnościowego przemawia za zaburzeniem czynności wątroby, więc badania autora przemawiałyby za tem, że u zdrowych ciężarnych pod koniec ciąży czynność wątroby często ulega zaburzeniu. I rzeczywiście stwierdził, że u 20 badanych kobiet tylko u jednej wszystkie zastosowane badania czynnościowe wypadły normalnie i prawidłowo, u wszystkich innych zaś ta lub owa metoda badania wskazywała na nienormalną czynność wątroby. *K. B.* (Lwów).

Krwawienia we wczesnej ciąży. E. BRÉMOND (Béziers-Montpellier). Rev. Fr. de Gyn. 1934. Z. 2.

Autor zwraca uwagę na krwawienia, które mogą występować w bardzo wczesnej ciąży, jako objaw zapłodnienia. Nieraz mogą one ułatwiać nam ścisłe określenie daty porodu. Krwawienia te mogą bądź sprzyjać zapłodnieniu — występują wtedy w 1-ej połowie cyklu menstruacyjnego, bądź przejawiać się jako krwawienia podczas zagnieżdżania się jaja płodowego i ukazywać się wtedy w 2-ej połowie cyklu. *H. Newlińska* (Lwów).

Niepodatność szyi macicy. PAUL DELMAS (Montpellier). Rev. Fr. de Gyn. 1934. Z. 2.

Autor omawia przyczyny oraz leczenie niepodatności szyi macicy. W przypadkach hipertonji i w stanach spastycznych zaleca opjum, narkozę lub znieczulenie lędźwiowe. Środki te również są wskazane w obrzęku zastoinowym, gdy część przodująca zbyt długo stoi we wchodzie. W przypadkach zmian w budowie tkanek ujścia, blizn i t. p. pozostaje jedynie nacięcie przez pochwę ew. rozmaite metody cięć cesarskich. *H. Newlińska* (Lwów).

O przemianie białka i soli mineralnych u kobiet cierpiących na upławy. M. A. BRüCKNER. Arch. f. Gyn. T. 153. Z. 1.

Doświadczenia polegały na oznaczeniu w surowicy krwi całej zawartości białka, albumin, globulin, azotu pozabiałkowego, wapnia i magnezu. Zwracano przytem uwagę na zmiany we krwi.

Zbadano 20 chorych z niespecyficznemi zmianami w przydatkach, 20 z rzeżączką, 7 z zapaleniem bł. śl. macicy po poronieniu, 4 z zapaleniem pochwy na tle rzęsistka pochwowego i 5 ze starczem zapaleniem pochwy. U wszystkich tych chorych wykazało badanie wartości zupełnie normalne i prawidłowy obraz krwi.

Dalsze badania wykonano u 17 chorych, które od lat cierpiały na obfite upławy, a badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych zmian w narządzie rodnym. Zawartość całej ilości białka u tych chorych wahała się jeszcze w granicach prawidłowych. Natomiast można było stwierdzić wyraźne przesunięcie frakcyj białkowych w kierunku wielkocząsteczkowych. Przeciętna ilość globulin wynosi 42% całej zawartości białka. Przesunięcie frakcyj białkowych pozostaje w związku z zaburzeniem pośredniej przemiany materji. Wybitnie występowało zmniejszenie zawartości wapnia, która przeciętnie wynosiła 8,9 mg%. Przeciętna zawartości magnezu wahała się w granicach normalnych, atoli granice wahań były znacznie szersze aniżeli normalnie.

U wielu chorych istniały różne zaburzenia konstytucji, nadmierna pobudliwość układu nerwowego, wegetatywnego, otyłość, migrena, neuralgja, jakoteż objawy ogólnej astenji.

K. B. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół z III. posiedzenia naukowego odbytego dnia 16 lutego 1934 r.

Przewodniczy: Kol. T. Ostrowski.

1) Kol. Wölf J., czł. Twa, przedstawia i omawia rzadki przypadek nadziania się dziewczyny 23 l. przez pochwę na drążek od grabi z następowem uszkodzeniem esicy, wyleczony operacyjnie. Chorą przyjęto w 15 godzin po wypadku na oddział chirurg. Szpitala Powszechnego (Prof. Dr. Ostrowski) w stanie ciężkim z objawami otrzewnowemi, które nasuwały przypuszczenie uszkodzenia narządów jamy brzusznej, a przedewszystkiem pętli jelit. Badanie pochwy zapomocą wzierników wykazało przebicie przedniego sklepienia pochwy, a z otworu wydobywała się treść płynna, brunatnawa, silnie cuchnąca. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono w niej wysięk włóknikowo-ropny z domieszką kału. Przy bliższem badaniu stwierdzono otwór w *excavatio vesico-uterina*, a w esicy dwa otwory wielkości 2-złotówki, o szarpanych brzegach. Po dokładnem oczyszczeniu jamy brzusznej wlano do niej szczepionkę buljonową Besredki, esicę na przestrzeni około 12 cm z dwoma otworami wyłoniono nazewnątrz, jamę brzuszną zdrenowano przez pierwotny otwór drogą pochwy. Stan pooperacyjny z początku ciężki, po pewnym czasie poprawił się. Jednakże po 3 tygodniach wystąpiło u chorej powikłanie pod postacią wysiękowego zapalenia opłucnej i ropowicy gazowej powłok klatki piersiowej po stronie lewej. Ropowicę nacięto szeroko, a z jamy opłucnowej po wycięciu żebra wypuszczono około 1000 cm^3 płynu surowiczo-ropnego, silnie cuchnącego. Stan chorej ulegał stopniowo poprawie tak, że po 3 miesięcznem leczeniu opuściła Szpital z wyłonioną częścią esicy, a więc z przetoką kałową. Po 3 miesiącach zaszyto przetokę kałową. Przebieg pooperacyjny dobry, pasaż w miejscu zaszycia prawidłowy. W 2 tygodnie po zabiegu chora opuściła Szpital wyleczona. Obecnie chora jest 8 miesięcy po wypadku i czuje się zupełnie zdrowa. W powyższym przypadku zdaniem prelegenta mamy do czynienia z następowem zakażeniem jamy opłucnowej drogą naczyń chłonnych, a powłok klatki piersiowej prawdopodobnie drogą *per continuitatem*.

W dyskusji kol. Schramm podnosi, że przypadki nabicia się z następowem uszkodzeniem jelita nie należą do rzadkości. Zaobserwował kilka przypadków u chłopców, gdzie uszkodzenie jelita nastąpiło wskutek nadziania się przez prostnicę. Należy jaknajwcześniej wykonać laparotomję i oczyścić dokładnie jamę brzuszną. Podkreśla, że więcej celowem jest stosowanie zamiast szczepionki „Besredki" surowicy wielowartościowej „Höchsta" zawierającej antygen przeciwko paciorkowcom, enterokokom, pał. okrężnicy i t. d. Podnosi, że powikłanie w powyższym przypadku wystąpiło drogą tkanki łącznej podskórnej, a tę drogę następowego zakażenia uważać należy za dosyć rzadką. Wyleczenie w tym przypadku tak niepomyślnie powikłanym jest tem więcej uwagi godne.

2. Kol. Jaburek, czł. Twa, przedstawia dwa sekcyjne przypadki guza mózgu obserwowane w klinice, które budzą zainteresowanie ze względu na wybitną okresowość objawów klinicznych i trudności rozpoznawcze. W przypadku pierwszym, dotyczącym 54-letniego chorego, występowały w okresach kilkunastodniowych nagłe napady utraty przytomności połączone z prawostronnem porażeniem połowiczem i zupełną afazją. Objawy te trwały kilka dni, poczem wycofały się tak, że chory mógł wstawać, chodzić i rozmawiać. Ponadto stwierdzono u tego chorego tarczę zastoinową i zaniki mięśniowe na wszystkich czterech kończynach. Jeden z opisanych napadów utraty przytomności skończył się śmiertelnie. Na sekcji stwierdzono guz wielkości śliwki w górnej części lewego płatu ciemieniowego (mięsak wychodzący z opony miękkiej) oraz silny obrzęk oboczny w zakresie całej lewej tętnicy mózgowej środkowej. W przypadku drugim rozpoczęła się choroba u 66-letniego mężczyzny zaburzeniami mowy o typie afatycznym. Ponadto stwierdzono u niego apraksję głównie w ręce lewej oraz tarczę zastoinową. Podobnie jak w przypadku pierwszym występowały u tego chorego nagłe pogorszenia stanu ogólnego z sennością i zamroczeniem, posuniętem niekiedy aż do zupełnej utraty przytomności. W tych okresach pogorszenia trwających 1 do 3 dni, a powtarzających się kilkakrotnie stwierdzono za każdym razem spastyczny niedowład połowiczy prawostronny. W okresach remisji cofały się objawy porażenne, chory odzyskiwał przytomność i chodził. Trwale i niezmiennie utrzymywały się jedynie afazja i apraksja. Wśród jednego z okresów pogorszenia zejście śmiertelne. Na sekcji znaleziono guz wielkości orzecha włoskiego w lewym płacie ciemieniowym pod korą *gyrus supramarginalis* i *angularis* (glejak złośliwy) oraz na obszarze zaopatrywania przez lewą tętnicę mózgową środkową wybitny obrzęk oboczny.

Przystępując do zestawienia objawów klinicznych ze zmianami anatomicznemi w swoich przypadkach dzieli kol. Jaburek zarówno objawy kliniczne jak i zmiany anatomiczne na stałe i przejściowe. Wykazuje, że nowotwór jako zmiana anatomiczna stała powodowała w obydwu przypadkach pewien stały syndrom kliniczny, zależny jedynie od umiejscowienia tej zmiany. W przypadku pierwszym dawała ona zaniki mięśniowe spowodu zajęcia lewego *lobulus parietalis*, w drugim zaś afazję i apraksję głównie w ręce lewej spowodu zajęcia *gyrus supramarginalis* i *angularis* po stronie lewej. Zmiany anatomiczne przejściowe polegały w obydwu przypadkach na występowaniu obrzęku obocznego (zgodnie z prawidłami powstawania i szerzenia się tego obrzęku) w zakresie tętnicy mózgowej środkowej lewej. Z zajęcia tego samego obszaru przez jednakową sprawę chorobową w dwu różnych przypadkach muszą wynikać jednakowe skutki. Toteż polegał istotnie przemijający i okresowy zespół objawów klinicznych w obydwu przypadkach na wzmożeniu się tych samych objawów ogólnych (utrata przytomności) oraz na prawostronnem porażeniu połowiczem zgodnie z zajęciem lewej okolicy ruchowej przez obrzęk. W okoliczności, że przemijający zespół objawów klinicznych był nietylko ten sam w obydwu przypadkach, ale także zawsze ten sam w każdym napadzie względnie w każdym okresie pogorszenia, należy dopatrywać się dowodu, że obrzęk oboczny mózgu przy nowotworach mózgu powstaje i szerzy się rzeczywiście wedle ścisłych prawideł, omawianych już przez kol. Jaburka na jednem z poprzednich posiedzeń Towarzystwa.

3. Kol. Wilczek, gość, przedstawił przypadek krwiaka miąższu płucnego imitującego tętniaka, który zarówno klinicznie jak i rentgenologicznie sprawiał trudności w ostatecznem ustaleniu rozpoznania. Chory zgłosił się na klinikę pchnięty nożem przed $2^1/_2$ mies. w dołek nadobojczykowy lewy. Rana po urazie zagojona, niemożność uniesienia lewego ramienia. Przed 7 dniami wypuklenie i zasinienie skóry w bliźnie. Przy obmacywaniu tętnienie, zaburzeń w tętnie tętnicy sprychowej nie stwierdzono. Roentg.: pole szczytowe lewe intensywnie zaciemnione, zaciemnienie to umiejscowione w okolicy szczytu lewego płuca sięga do dolnego brzegu II żebra. Tętnica główna bez zmian. Zabieg operacyjny (Prof. Ostrowski). Po odsłonięciu i przecięciu obojczyka stwierdzono pod nim organizujący się krwiak, sięgający pod i poza splot nerwowy szyjny. Splot nerwowy wykazywał zbliznowacenie. Tętnica i żyła podobojczykowa bez zmian. Szew kostny i opatrunek ustalający. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Po zabiegu odkrztuszał chory plwocinę z domieszką krwi. Przed tygodniem zgłosił się do kliniki. Zdjęcie kontrolne wykazało wyraźne wyjaśnienie w szczycie lewym, w porównaniu z poprzedniemi zdjęciami. Przysłuchowo: szmery oddechowe prawidłowe nieco słabsze niż w szczycie prawym. Badaniem neurologicznem stwierdzono częściową reakcję w zakresie całego splotu barkowego lewego.

4. *W dalszym ciągu dyskusji nad ustawą scaleniową* Kol. Nowicki zwraca się do kol. Szumskiego z zapytaniem, czy przy kodyfikowaniu ustawy, dotyczącej działu ubezpieczeniowego na wypadek choroby przeprowadzono kalkulację dochodu: sprawa ta łączy się z tak bardzo żywotną sprawą wynagradzania lekarzy

tej ubezpieczalni, które, jak wiadomo, ma być obliczane w stosunku procentowym do wpływów. Uderza wielka rozpiętość wysokości tego procentu proponowanego jako wynagrodzenie dla lekarzy, w poszczególnych ośrodkach, bo od 6 do 15%. N. ma wrażenie, że procenty te w stosunku do kosztów administracji są stanowczo za niskie. Co do systemu organizacji lecznictwa, to uważa, że system gabinetowy, aczkolwiek nie jest bez stron ujemnych, jest jednak lepszym od systemu ambulatoryjnego.

Kol. D a n i e l s k i Z. podnosi, że w r. 1918 odbył się w Warszawie II Zjazd Higienistów Polskich: „W sprawie wyludnienia Polski". Śmiertelność była podówczas tak znaczną, zwłaszcza spowodu gruźlicy, spadek urodzin tak wielki, a zubożenie tak powszechne, że zachodziła poważa obawa o losy na nowo do życia powołanego Państwa. Ustalono, że najskuteczniejszym środkiem zaradczym i podstawą odrodzenia będą szeroko rozbudowane ubezpieczenia społeczne w szczególności Kasy Chorych, oparte na wzorach zagranicznych głównie francuskich i niemieckich. Poruszone w dyskusji głębokie myśli i poglądy skłoniły D. do powrotu po 10 letniej przedwojennej pracy na teren Kas Chorych, aby poświęcić swoje doświadczenie powyższemu zagadnieniu. Niestety po 15 letniej pracy powojennej widzi się zawiedzionym — według jego obliczeń liczba ubezpieczonych powinnaby wynosić przynajmniej około 10,000.000, co nie zagrażałoby bynajmniej bytowi stanu lekarskiego ani tak zwanej praktyce prywatnej. Lecznictwo przybiera coraz bardziej charakter zapobiegawczy. Nie chodzi tu o sfery zamożne, które mogą sobie leczenie w każdej formie zapewnić — chodzi o pozostałe 30,000.000, dla których właśnie dziedzina metod zapobiegawczych może stać się źródłem pożądanej zewszechmiar odporności i tężyzny, do której zmierzają dziś wszelkiemi możliwemi drogami Narody i Państwa całego świata. W Polsce, jak słusznie zauważył kol. Szumski, mamy 70% ludności wiejskiej, ale opanowanej przez znachorów i wydrwigroszów, uważającej za luksus wzywanie pomocy lekarza. Tu właśnie jak i w szerokich warstwach robotniczych ubezpieczenia społeczne mają niezwykle doniosłe zadanie do spełnienia, tem bardziej, że zetknięcie się na tym terenie z rzetelnem lecznictwem przekonuje te masy, wychowuje je i wzbudza zaufanie także do praktyki prywatnej. Ustawa scaleniowa żądając od społeczeństwa przeszło 100,000.000 rocznie, a redukując i obciążając dopłatami świadczenia, stwarza niezwykle trudny problem do rozwiązania, gdy chodzi o utrzymanie poziomu polityki populacyjnej w stosunku do innych państw, tymczasem śmiertelność w ostatnich latach wzmaga się, ilość urodzin w latach od 1928—1932 spadła o 2.2% t. j. z 15.9% na 13.7%, zubożenie przybiera czemraz większe rozmiary. Z powyższego wynika, że jednak system „lekarzy domowych" odpowiadałby najbardziej duchowi czasu, nie należy go przeto zaniechać. Także „badanie młodocianych" budzące zainteresowanie i uznanie zagranicy powinno zdobywać szersze i trwalsze podstawy. Ze siedmiu przedstawionych przez kol. referenta projektów, z których każdy zawiera niewątpliwie cenne myśli i uwagi, żaden nie odpowiada powyższej rzeczywistości i potrzebom dnia powszedniego „ubezpieczonego"; najbardziej realne są projekt 6 i 7 — słuszną jest atoli decyzja miarodajnych czynników, że rozpatrzenie tychże gruntowne odłożyć należy do czasu opanowania chaosu, powstałego narazie przez powoływanie do życia ustawy scaleniowej. Ale do tego rozpatrzenia koniecznie też wezwać należy do współpracy doświadczonych lekarzy kasowych.

Kol. Z a l e w s k i nie podziela poglądów pesymistycznych oraz obaw depopulacji wypowiedzianych pod adresem naszego Narodu przez kol. Danielskiego; zaznacza przytem, że ubezpieczenia społeczne w tej formie, w jakiej są obecnie, będą przechodziły okres przełomowy.

Kol. D o b r z a ń s k i podnosi, że obecny system lecznictwa w Ubezp. Społ. we Lwowie jest kombinowany, bo lekarze przyjmują chorych w ambulatorjach oraz w gabinetach prywatnych. System ten jest dobry, o ile lekarz przyjmuje ograniczoną ilość chorych, a mianowicie taką, jaką jest w stanie w określonym do ordynacji czasie dokładnie zbadać. Ubezpieczalnie prowincjonalne nie mają często wyszkolonych specjalistów, których zapotrzebowanie wzrosło od czasu, kiedy powstały samodzielne t. zw. Scalone Kasy Chorych. Leczenie specjalistyczne może być i wówczas pełnowartościowe, o ile je wykonują lekarze dobrze wykwalifikowani z kilkuletnią praktyką na oddziałach specjalistycznych lub klinikach, oraz o ile to leczenie jest oparte o specjalistyczny Oddział Szpitala.

Kol. H o z e r kwalifikuje większość projektów organizacji lecznictwa jako nierealne, a conajmniej przedwczesne. Wprowadzenie w życie jednych wymagałoby znacznego podwyższenia składek, co w dzisiejszych warunkach jest rzeczą nie do pomyślenia. Inne znów zagrażają poziomowi lecznictwa, a czynią to w szczególności te, które opierają się na systemie „lekarza domowego" 1 np. 2 — lub 3-osobowego. Sprawą jedynie aktualną jest zapewnienie ubezpieczonym kardynalnych świadczeń, z zachowaniem naturalnej prostoty systemu zgłaszania roszczeń i otrzymywania świadczeń. Frazeologji profilaktycznej jest za dużo, zwłaszcza że wprowadzono opłaty za leki i pomoc lekarską. Wysokie opłaty za lecznictwo konserwatywne w stomatologji oznaczają w praktyce niemal że likwidację tego równowartościowego z innemi działu medycyny społecznej, a zarazem oznaczają pozostawienie otworem szerokich wrót zakażenia drogą jamy ustnej. Z przykrością stwierdza, że stosunek wzajemny ubezpieczonych i lekarzy, zrazu poprawny — psuje się. Wielu ubezpieczonych mniema, że opłaty za pomoc lekarską zużywane są na wynagrodzenia lekarzy, a nieświadomość istotnego stanu rzeczy przejawia się szeregiem sporów o zwolnienia od opłat, lub ofiarowywaniem lekarzom 20-groszowych honorarjów. Ustawa scaleniowa tworzy szereg instancyj i nadbudówek administracyjnych. Drabina biurokratyczna zaczyna się od lekarza-świadczeniodawcy poprzez Dyrekcję Ubezpieczalni, Komisję administracyjną, Radę Zarządzającą Zakład Ubezpieczeń na wypadek choroby (znów z dyrekcją, Komisją administr. i t. d.), Izbę Ubezpieczeń społ., poprzez Komisje rozjemcze, Okręgowe Urzędy Ubezpieczeń — aż do centralnego nadzoru w Dep. Ubezp. Społ. Mtwa. O. S. — Kompetencje tych nadbudówek nie są dość wyraźnie rozdzielone, co może poderwać dobrodziejstwa scalenia ubezpieczeń i wywołać niebezpieczeństwo dwutorowości w kierownictwie ubezpieczeniami, a nawet niepożądanej konkurencji dla właściwego nadzoru państwowego. Szereg trudności stwarzają wytyczne dla umów zbiorowych, nieuzgodnionych z Izbami lekarskiemi terytorjalnemi, ani organizacjami zawodowemi, jak również nadmierna centralizacja wszystkich niemal spraw w Z. U. Ch u — Ubezpieczalnie traktują wytyczne jako definitywną umowę i nie pozwalają nic w nich zmieniać. W tych warunkach trudno organizować lecznictwo, które winno być osnute na tej kanwie, jaką jest umowa zbiorowa, zawarta nie z osobą trzecią, lecz bezpośrednim, umowę i ustawę wykonywać mającym kontraktem. Umowa winna być przystosowana do miejscowych gospodarczych, geograficznych i organizacyjnych warunków. Warunkiem należytego funkcjonowania ubezpieczalni jest również harmonijna współpraca administracji z korpusem lekarskim. Ta pozostawia obecnie bardzo wiele do życzenia i stosunki w tej dziedzinie muszą ulec zmianie. Ubezpieczalnie usiłują zamknąć wynagrodzenia lekarzy wyłącznie w procencie wpływu ze składek na ubezpieczenie chorobowe, a wyłączyć od tego wpływu kwoty wpływające do ubezpieczalni poza składkami. Chodzi tu mianowicie o zwroty kosztów udzielonych świadczeń na rzecz obcych ubezpieczalni, Zupu, Zuch'u, inwalidów wojennych oraz ustawą przewidzianych świadczeń na rzecz osób niepodlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu. Godziny pracy lekarskiej są przepełnione czynnościami na rzecz członków własnej ubezpieczalni, inne prace mogłyby być wykonywane jedynie poza temi godzinami i jako takie muszą być osobno wynagradzane. Najtrafniej zorganizowano lecznictwo na terenie ubezpieczalni lwowskiej, a stało się to dzięki współpracy Związku lekarzy Kas Chorych i Kierownictwa Kasy lwowskiej. Problem „lekarza domowego" rozwiązano w znaczeniu zbiorowem. Miasto podzielono na standartowe rejony internistyczne, a wedle nich dokonano podziału na rejony specjalistyczne. Wszyscy specjaliści są lekarzami rejonowymi w swoim zakresie działania, pracują na 2, 3 lub 5-ciu rejonach internistycznych, współpracują nad dzielnicowemi historjami choroby, podlegają dzielnicowemu nadzorowi i aparatowi rewizyjnokontrolnemu. System ten zapewnia wysoki poziom lecznictwa, umożliwia udoskonalanie historji choroby, reguluje selekcję chorych, gwarantuje oszczędne rozdawnictwo świadczeń. Dlatego winien być szczególnie wzięty pod uwagę i propagowany.

Kol. F a l k i e w i c z T. podnosi, że każdy z lekarzy, który choćby pobieżnie przeglądnął ustawę scaleniową z r. 1933, zauważyć musiał, że ustawodawca łącząc wszystkie dotychczasowe rodzaje ubezpieczeń (od choroby, wypadku oraz pracowników umysłowych) i dodając do tego nowe ubezpieczenie emerytalne dla pracowników fizycznych, stworzył w całości może idealne zasady asekuracyjne, zepchnął jednak na szary koniec dotychczasowe lecznictwo kasowe, a z niem i troskę o higienę i zdrowie społeczne. W ustawie scaleniowej niewątpliwie przeważa czynnik matematyczno-asekuracyjny nad troską o zdrowie społeczne. I to właśnie lekarze powinni podnieść i jaknajusilniej walczyć, by przy ewentualnej nowelizacji ustawy, tak ciężki błąd z ustawy scaleniowej usunąć. Nawiązując do niektórych przemówień przedmowców podnosi F., że troska o profilaktykę musi być przynajmniej tak wielką jak o wszystkie inne działy medycyny rozpoznawczej lub terapeutycznej. Jeśli chodzi o reorganizację

lecznictwa w ubezpieczalniach, należy w ośrodkach większych zachować system rejonowy, przy którym lekarz wszech nauk lekarskich ma swój rejon, w którym śpieszy z pomocą pierwszą do wszystkich przypadków chorobowych, poczem w miarę swego uznania skierowuje dany przypadek do specjalisty. Przypadki ciężkie, nienadające się do leczenia domowego, odsyła do Szpitala Ubezpieczalni. System taki ma zastosowanie już od szeregu lat w Ubezpieczalni lwowskiej i krakowskiej.

W dyskusji pozatem zabrali głos kol. Luftmann, Fels i p. Sosnowski jako gość.

Kol. Szumski *w odpowiedzi* zwraca uwagę, że liczba 7 odrębnych projektów nie jest przerażająca, gdyż właściwie dadzą się one sprowadzić do dwóch zasadniczych: jedne opierają lecznictwo na lekarzu ogólnym przy zastosowaniu częściowo systemu gabinetowego, drugie stawiają na pierwszem miejscu lecznictwo specjalistyczne przy systemie przedewszystkiem ambulatoryjnym. Rzeczą najistotniejszą jest, by przestroić całe lecznictwo bardziej w kierunku zapobiegawczym, stosownie zresztą do brzmienia art. 24 Ustawy Scaleniowej z marca 1933 r. Będzie to połączone z dużą korzyścią społeczną, a pozatem da możliwości oszczędnościowe bez żadnej istotnej krzywdy dla ubezpieczonych. Wiele Kas chorych łożyło w latach ubiegłych znaczne kwoty na profilaktykę lekarską, często przodując w akcji w szeregu powiatów i dużych miast. Zbyt pesymistyczne są te poglądy, które obciążają władze zarzutami, że nic się obecnie nie czyni dla dobra lekarzy. Przeczą temu liczne fakta z lat ostatnich, jak 1) wprowadzenie jednolitych wytycznych do umów z lekarzami, które chociaż posiadają pewne braki, jednak nie naruszają w niczem stanu posiadania lekarzy stabilizowanych i normują stosunki w sposób stały i tam, gdzie to dzisiaj wcale nie istniało (prowincja). Sprawy cennikowe są rzeczą nadającą się do dyskusji, liczyć się należy z faktem, że w związku z wejściem w życie nowej ustawy scaleniowej dochód ubezpieczeń chorobowych spadnie w b. r. prawie o połowę, 2) unormowanie wzajemnych stosunków między dyrektorami a naczelnymi lekarzami ubezpieczalni, przyznając tym ostatnim liczne prerogatywy, 3) wprowadzenie stałych Rad Lekarskich, jako ciała doradczego przy władzach Ubezpieczalni. Ograniczenia w świadczeniach były obecnie konieczne wobec znacznego spadku dochodów; jednakże tak ustawa, jak i rozporządzenia wykonawcze Min. Op. Sp. idą w tym kierunku, by lecznictwo chorób społecznych utrzymać możliwie na tym samym poziomie (zwolnienie od dopłat). Niesłusznym jest zarzut, że w zębolecznictwie pominięto zupełnie czynnik profilaktyczny, gdyż nakazując bezpłatnie leczenie powierzchownych ubytków, dążono do zmuszenia ubezpieczonych do wczesnego zasięgania porady i leczenia próchnicy. Zupełnie niesłuszne są również ataki na Zakład Ubezp. na wypadek choroby, który obecnie jako jedyna nadrzędna instytucja w ubezpieczeniach chorobowych ma do spełnienia szereg ważnych czynności, bez których trudno sobie pomyśleć normalną pracę Ubezpieczalni.

Sekretarz doroczny: *W. Bross.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dr. med. i fil. Sterling-Okuniewski, doc. U. W., sekretarz gen. Pol. Komitetu do zwalczania raka, ordynator Szpitala Ujazdowskiego, zmarł 19. kwietnia b. r. w Warszawie, w wieku 49 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Na Walnem Zgromadzeniu Związku Lekarzy Kas Chorych w Krakowie w dniu 5-go kwietnia b. r. wybrano następujący Zarząd: Prezes: Dr. Medyński Władysław. Wiceprezesi: Dr. Ameisen Aleksander, Dr. Staszkowski-Niewola Jan. Sekretarze: Dr. Szczeklik Edward, Dr. Oszast Zbigniew. Skarbnicy: Dr. Trzebicka Stefanja, Dr. Nüssenfeld Józef. Członkowie Zarządu: Dr. Ciećkiewicz Marjan, Dr. Czapnicki Henryk, Dr. Liwszyc Stanisław, Dr. Merz Alfred.

Program posiedzeń Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego. 11. IV. 1934. Pokazy przypadków z Oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala św. Łazarza — Doc. Szymanowicz. Dr. J. Syrop: „Choroby infekcyjne i układu nerwowego a patogeneza paradentozy“. — 18. IV. Pokazy chorych z Kliniki Neurologiczno-psychjatrycznej U. J.: 1) Przyp. nowotworu kręgosłupa z objawami nerwowemi. 2) Przyp. zapalenia wielostawowego u gruźlika w przebiegu leczenia aurosanem. 3) Przyp. guza okolicy przysadki z zespołem tłuszczowo-płciowym i karlim wzrostem. 4) Przyp. guza tylnej jamy czaszkowej. 5) Przyp. guza wewnątrzrdzeniowego. 6) Sekcyjny przyp. glejaka pr. półkul mózgu. 7) Odczyt: „Zagadnienie nerwicy urazowej“ Dr. Ślączka. — 25. IV. Dr. Franciszek Łukaszczyk Dyr. Instytutu Radowego w Warszawie wygłosi wykład p. t.: „Warunki uzyskania korzystnych wyników w leczeniu nowotworów złośliwych zapomocą energji promienistej“.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dnia 17 kwietnia 1934 r. Chodkowska St.: Dwa przypadki raka przełyku: a) z przebiciem do oskrzela, b) z przebiciem do tchawicy i tętnicy głównej. Dobijowa Z. i Chodkowska St.: Przypadek raka macicy leczonego radem. Manteuffel L.: Przyczynek do teorji Massona o histogenezie czerniaków i znamion macierzystych (neuronaevi). Łukaszczyk Fr.: Demonstracja kilku przypadków raka o różnem umiejscowieniu, leczonych energją promienistą w Instytucie Radowym im. Marji Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Walne zebranie Polskiego Tow. Balneologicznego w Krakowie odbędzie się wspólnie z naukowem zebraniem Krak. Tow. Lek. dnia 2 maja b. r. o godzinie 19-tej w domu Krak. Tow. Lek.

Sprawy zawodowe.

Wynagrodzenie kontraktowych lekarzy i dentystów szkolnych. Według nowych przepisów, lekarze i dentyści szkolni, zatrudnieni jako pracownicy kontraktowi w państwowych szkołach średnich ogólno-kształcących, zakładach kształcenia nauczycieli w szkołach zawodowych, otrzymują miesięcznie za każdą godzinę pracy tygodniowo wynagrodzenie w kwocie zł 14. Lekarze szkolni w państwowych szkołach ogólnokształcących, zakładach kształcenia nauczycieli oraz w szkołach zawodowych, nauczający w tych szkołach poza godzinami zajęć obowiązującemi ich z tytułu opieki lekarskiej i higjenicznej, higjeny i ratownictwa, jako przedmiotu objętego planem nauczania w szkole, pobierają za każdą godzinę lekcyjną tygodniowo wynagrodzenie miesięczne według norm, ustalonych dla kwalifikowanych nauczycieli kontraktowych w szkołach średnich ogólno-kształcących.

Różne.

Międzynarodowy Zjazd lekarzy - automobilistów odbędzie się w Utrechcie (Holandja) 20—24 maja. Prelegenci poruszą szereg ciekawych pytań: odznaka lekarska dla samochodu; pierwszeństwo w przejeździe dla lekarzy; obniżka opłat dla lekarzy; sprawa pozwoleń na prowadzenie wozu mechanicznego z punktu widzenia lekarskiego i t. p.

Wydział Lekarski Uniw. Warszawskiego zorganizował dla absolwentów oraz pomocniczych sił naukowych Wydziału Lekarskiego kurs obrony przeciwgazowej, którego organizację Rada Wydziału powierzyła Prof. Fr. Czubalskiemu. Kurs teoretyczno-praktyczny w zakresie 20 godzin trwał od 15. III. do 23. III. r. b. i zakończył się egzaminem w obecności delegata Ministerstwa Opieki Społecznej. Świadectwa z odbycia kursu uzyskało 80 osób.

W południowej Afryce wybuchły choroby epidemiczne wskutek powodzi, jakie nawiedziły te okolice w ostatnich miesiącach. Duże przestrzenie zostały zamienione w bagniska, będące wylęgarniami moskitów. W niektórych okolicach woda studzienna stała się niemożliwą do użytku. Wskutek niedomagań komunikacyjnych panuje brak środków żywności, a zwłaszcza lekarstw.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA	
w kraju	zł 14.—
zagranicą	zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul Rutowskiego 9.